

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VALEUR DE LA CHOLÉDOCO-DUODÉNOSTOMIE DANS LA LITHIASÉ

(A PROPOS DE TRENTE OBSERVATIONS)

Travail du Service du Docteur MELEY
Centre Hospitalier de Saint-Etienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 MARS 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DURAND François

Né le 19 Août 1929 à LYON (2^e) (Rhône)





CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA VALEUR DE LA CHOLÉDOCO-DUODÉNOSTOMIE
DANS LA LITHIASÉ

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire	MM. J. LÉPINE
Doyen	H. HERMANN
Assesseur	M. LEVRAT
Assesseur	L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND
MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET

PROFESSEURS

Physiologie A	MM. HERMANN
Clinique urologique	CIBERT
Physique biologique	PONTHUS (détaché à Beyrouth)
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale	DECHAUME
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	CHAMBON
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale C	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du Travail	BOURRET
Clinique médicale A	LEVRAT
Hygiène et Action sanitaire et sociale	SOHIER
Clinique médicale infantile et Hygiène du premier âge	BERNHEIM
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN
Botanique et cryptogamie	NETIEN
Clinique chirurgicale C	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON
Médecine légale et déontologie	ROCHE
Parasitologie et Pathologie exotique	COUDERT
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS
Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN
Clinique traumatologique des membres	J. CREYSSEL
Cancérologie	DARGENT
Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale	P. GIRARD
Anatomie	LATARJET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	M. GIRARD
Pathologie médicale	VACHON
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY
Histologie et embryologie	XXX
Radiologie	PAPILLON
Clinique des maladies infectieuses	JEUNE
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale	GONIN
Bactériologie	MONNET
Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON
Physiologie B	CHATONNET
Clinique des maladies endocrinologiques	GUINET
Clinique de Chirurgie orthopédique	TRILLAT
Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles	J. MARION
Clinique de Stomatologie	FREIDEL
Histologie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine.....	MM. BERGER
Technologie pharmaceutique.....	DORCHE
Physiologie.....	J.-F. CIER
Bactériologie.....	A. BERTOYE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Parasitologie.....	MM. ROMAN
Pharmacie chimique et Pharmacologie.....	A. CIER
Chimie organique et Toxicologie.....	PERROT

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Médecine

Anatomie pathologique.....	MM. FEROLDI
Chimie biologique et médicale.....	R. CREYSSSEL
Anatomie.....	DUROUX
Thérapeutique.....	BRETTE
Histologie.....	DUMONT
Hygiène.....	THIVOLET
Parasitologie.....	GARIN
Physique.....	MORET
Anatomie.....	A. BOUCHET
Anatomie pathologique.....	M. TOMMASI
Hygiène.....	G. RIFFAT
Pathologie expérimentale.....	M. JOUVET
Hématologie.....	J. FAVRE-GILLY

Pharmacie

Botanique et cryptogamie.....	L. ODDOUX
Chimie analytique.....	R. MALLEIN
Chimie biologique.....	J. GRAS
Physique.....	J.-O. PEYRIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

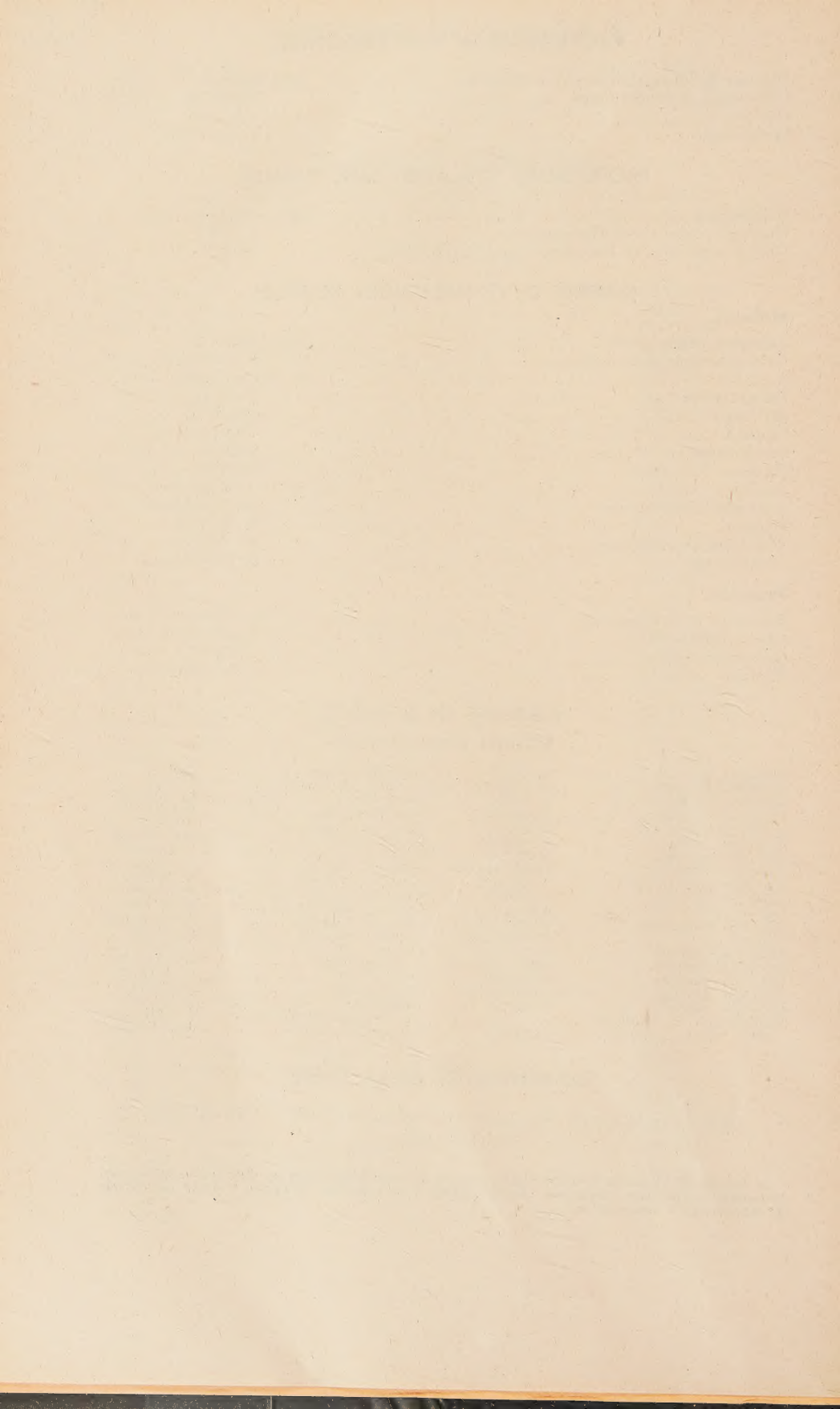
Chargés d'enseignement

Médecine générale.....	M. PONT	Médecine légale.....	COLIN
Médecine générale.....	G. VIGNON	Médecine du Travail.....	TOLOT
Médecine générale.....	L. REVOL	Neuro-psychiatrie.....	J. GUYOTAT
Médecine générale.....	PLAUCHU	Neuro-psychiatrie.....	B. SCHOTT
Médecine générale.....	TRAEGER	Obstétrique.....	DUMONT
Médecine générale.....	P. MARION	Ophtalmologie.....	BONAMOUR
Chirurgie générale.....	MICHAUD	Urologie.....	L. DURAND
Chirurgie générale.....	JAUBERT de BEAUJEU	Médecine générale.....	A. GARDE
Chirurgie générale.....	J. SAUTOT	Médecine générale.....	A. PERRIN
Chirurgie générale.....	G. GUILLEMIN	Médecine générale.....	F. LARBRE
Obstétrique.....	BURTHIAULT	Médecine générale.....	R. MORNEX
Oto-rhino-laryngologie.....	GIGNOUX	Médecine générale.....	J. NORMAND
Pédiatrie.....	R. FRANÇOIS	Chirurgie générale.....	G. MARET
Médecine générale.....	M. DEVIC	Chirurgie générale.....	J. DESCOTES
Médecine générale.....	DESPIERRES	Electro-radiologie.....	J.-L. CHASSARD
Chirurgie générale.....	de MOURGUES	Neuro-chirurgie.....	G. ALLEGRE
Chirurgie générale.....	FRANCILLON	Ophtalmologie.....	R. HUGONNIER
Chirurgie générale.....	SAUBIER	Orthopédie.....	R. FAYSSIE
Dermatologie et Syphiligraphie.....	COLOMB	Oto-rhino-laryngologie.....	J. GAILLARD
		Pneumo-phthisiologie.....	J.-C. KALB

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. P. MALLÉT-GUY, Président ; JAUBERT de BEAUJEU, De MOURGUES,
MAILLET, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VALEUR DE LA CHOLÉDOCO-DUODÉNOSTOMIE DANS LA LITHIASÉ

(A PROPOS DE TRENTE OBSERVATIONS)

Travail du Service du Docteur MELEY

Centre Hospitalier de Saint-Etienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 MARS 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DURAND François

Né le 19 Août 1929 à LYON (2^e) (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1963

Je dédie ce travail :

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Elle nous a laissé l'image de sa grande bonté et de son dévouement au bonheur des siens ; elle a suivi nos premiers pas dans notre carrière médicale. Elle restera toujours le guide le plus sûr dans les moments difficiles.

A MON PÈRE

Sa conscience professionnelle et sa bonté, au cours d'une longue carrière médico-chirurgicale, resteront toujours pour moi un exemple. Nous lui dédions ce travail en modeste témoignage de notre profond respect et de notre immense amour filial.

A MA FEMME

Elle a participé à l'élaboration de cette thèse. Que ce travail soit pour elle l'expression de tout mon immense amour.

A MES BEAUX-PARENTS

Ils nous ont accueilli comme un fils, qu'ils soient assurés de notre respectueuse affection.

A MON ONCLE LE DOCTEUR VACHEY

Que sa vie toute de droiture et de travail, soit pour nous un exemple et qu'il soit assuré de notre respectueuse affection.

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monieur le Professeur P. MALLET-GUY

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury.

Nous lui sommes infiniment reconnaissant de l'accueil si bienveillant qu'il nous a réservé.

Nous le prions de trouver ici avec notre gratitude, l'hommage de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé JAUBERT de BEAUJEU

Il a bien voulu accepter d'être de nos juges, qu'il soit remercié et assuré de nos sentiments respectueux.

Monsieur le Professeur Agrégé G. de MOURGUES

Les relations de nos deux familles nous ont permis d'apprécier ses nombreuses qualités. Nous sommes particulièrement heureux de le compter aujourd'hui parmi nos juges.

Nous voudrions lui redire ici notre sincère attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé MAILLET

Nous lui sommes reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être de nos juges. Nous l'en remercions et l'assurons de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur J. MELEY

Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail et nous aimerions ne pas l'avoir déçu. Nous avons pu apprécier, au cours de six semestres passés dans son Service, ses nombreuses qualités tant professionnelles qu'humaines ; ses conseils bienveillants nous ont toujours été précieux.

Nous sommes heureux de lui redire ici tout notre attachement et toute notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat de Lyon :

Monsieur le Professeur Ph. ROCHET
Monsieur le Professeur DARGENT
Monsieur le Professeur GALY
Monsieur le Professeur GUILLEMINET
Monsieur le Professeur THIERS
Monsieur le Professeur Agrégé BROCHIER

Externat en premier :

Monsieur le Docteur GARDERE
Monsieur le Professeur CIBERT
Monsieur le Professeur RAVAUULT

Internat de Saint-Etienne :

Monsieur le Docteur LA SELVE
Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux
Monsieur le Docteur MELEY
Chirurgien des Hôpitaux
Monsieur le Docteur CUILLERET
Chirurgien des Hôpitaux
Monsieur le Docteur CORAJOD
Chirurgien des Hôpitaux
Monsieur le Docteur BEYLOT
Chirurgien des Hôpitaux

Ce sont eux, qui par leur conseil et leur exemple, nous ont guidé dans la carrière chirurgicale. Nous les remercions de l'enseignement qu'ils nous prodiguent tous les jours, et nous les assurons de notre dévouement et de notre profond respect.

A nos Conférenciers d'externat et d'internat

A nos camarades de l'internat de Saint-Etienne

Au Docteur A. GAUTHIER

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

Grâce à qui nous avons pu réaliser les contrôles radiographiques. Nous voulons le remercier et lui dire notre fidèle amitié.

INTRODUCTION

— S'il est admis, par la très grande majorité des auteurs, et cela semble être possible actuellement presque dans tous les cas, de tenter de réaliser d'emblée et en une seule fois le traitement complet de la lithiase biliaire et des lésions associées si fréquentes, le débat sur la meilleure manière de terminer une intervention pour lithiase, essentiellement cholédocienne, reste toujours ouvert.

— Depuis quelques années déjà Monsieur MALLET-GUY et son école en France, ont montré la valeur de la cholédoco-duodénostomie latéro-latérale d'indication relative et en ont peu à peu codifié les indications. La statistique que nous présentons, si elle n'apporte aucune notion nouvelle sur cette intervention, a pour but de relater 30 cholédoco-duodénostomies prises sur la statistique globale et homogène des interventions biliaires réalisées depuis février 1950 dans le Service du Docteur MELEY à St-Etienne et dans sa pratique privée, et d'en exposer surtout les résultats éloignés.

— Au cours de ce travail nous exposerons :

Dans un premier chapitre, la technique de cholédoco-duodénostomie qui a été utilisée.

Dans un deuxième chapitre, nous rapporterons l'observation de nos malades.

Le troisième chapitre sera fait de l'analyse des résultats immédiats et éloignés de la cholédoco-duodénostomie à la lumière de ces 30 cas.

Dans le quatrième chapitre nous dégagerons les indications qui ont présidé à la décision opératoire.

Enfin le cinquième chapitre étudiera la place réservée à la cholédoco-duodénostomie dans notre statistique générale de chirurgie biliaire.

HISTORIQUE

— Il n'est pas dans notre intention d'exposer les tribulations qu'a subi la cholédoco-duodénostomie depuis la publication de SASSE en 1913. Ceci a déjà été parfaitement fait par MARION dans sa thèse en 1943.

— Depuis cette date, la discussion n'est pas close ; il en est pour preuve les débats de l'Académie de Chirurgie en 1946-1947 sur la valeur des différents modes de drainage : si Monsieur MALLET-GUY défend la cholédoco-duodénostomie dans le cadre d'indications très précises, l'Ecole Parisienne reste presque exclusivement favorable au drainage externe à la KEHR.

En dehors de France, la cholédoco-duodénostomie connaît à cette époque des fortunes variables. Dans les pays de langue allemande, elle est souvent employée et certains auteurs même l'utilisent presque exclusivement pour terminer toute intervention sur la voie biliaire principale.

En 1955, MM. MALLET-GUY et DESCOTES par leur importante étude portant sur 100 cholédoco-duodénostomies réaffirment la valeur de cette méthode.

Parmi les publications étrangères récentes nous nous bornerons à signaler celles de MEIER (Bâle, 1960), HAFNER (Winthertur, 1959), NEIDHART (de Ludwigsbourg, 1960), PROSCHER et Coll. (Berlin, 1960).

En France, en 1962 paraissent deux plaidoyers : l'un de CABY, l'autre de RAZEMON et SALEMBIER.

— Quoiqu'il en soit, la diversité des opinions et l'ancienneté des discussions permettent de conclure à la valeur de chaque méthode et à l'intérêt primordial de savoir les adapter à chaque cas particulier.

CHAPITRE PREMIER

LA TECHNIQUE DE CHOLÉDOCO-DUODÉNOSTOMIE UTILISÉE

A) De très nombreuses techniques de cholédoco-duodénostomie latéro-latérale ont été décrites et de multiples fois déjà colligées dans des travaux antérieurs. Aussi nous bornerons-nous ici à énoncer seulement celle que nous avons employée systématiquement.

Toutes nos cholédoco-duodénostomies ont été réalisées suivant la technique rappelant celle décrite par SASSE et JURASZ.

Nous avons donc pratiqué :

Sur le cholédoque : une incision longitudinale aussi basse que possible ; sur deux centimètres environ.

Sur le duodénum une incision transversale perpendiculaire au courant intestinal sur son bord antéro-supérieur empiétant souvent sur la face postérieure plus ou moins décollée et abaissée.

L'incision duodénale et l'incision cholédocienne sont donc spontanément au moins en partie juxtaposées, ce qui nous semble le meilleur moyen de réaliser une suture sur laquelle ne s'exerce aucune traction.

L'anastomose est faite large (1,5 centimètre minimum), sa largeur étant fonction beaucoup plus de la longueur de l'incision cholédocienne que de celle du duodénum car une ouverture duodénale même minime s'élargit d'elle-même à la longueur voulue.

D'autre part elle est exécutée en deux plans, points séparés catgut : le deuxième plan non perforant prend la séreuse duodénale et s'appuie non seulement sur la paroi cholédocienne proprement dite mais aussi sur le reste des tissus péricholédociens : péritoine, tissus conjonctifs. En général six à huit points suffisent.

L'ablation complète des calculs a toujours été réalisée au préalable et la cholécystectomie toujours effectuée. Nous y associons également toujours un drainage sous-hépatique minime placé au voisinage de l'anastomose (drain cigarette, lame de caoutchouc), mais jamais de méchage.

Quant à l'association cholédoco-duodénostomie et drainage biliaire externe nous ne le pratiquons pas et nous pensons comme Monsieur MALLET-GUY que cette association fait perdre à la cholédoco-duodénostomie tous ses avantages sans en apporter d'autres évidents.

Cependant dans nos observations cette association a été réalisée dans un cas (observation 24) mais comme nous le verrons plus loin il s'agissait d'une lithiasc intra-hépatique importante et où le drainage de Kehr a été pratiqué pour modeler un rétrécissement relatif de l'hépatique.

B) Pour être menée à bien, une telle intervention doit réunir un certain nombre de **conditions anatomiques locales**.

Un cholédoque dilaté d'au moins 15 millimètres de calibre à parois épaissies, permettant au moins deux plans de suture. Ne pas respecter ces impératifs, serait s'exposer aux risques après des difficultés opératoires, de lâchage de suture et de rétrécissement de la voie principale.

Du côté duodénal, il est nécessaire de vérifier l'absence d'une sténose sous-jacente ; si l'état de la paroi duodénale se prête habituellement bien à la suture, on doit cependant exiger qu'il soit non remanié, et nous avons une fois abandonné la cholédoco-duodénostomie, devant un duodénum cartonné friable et dépéritonisé, pour une cholédoco-jéjunostomie.

C) **Soins post-opératoires** : précisons simplement qu'en dehors des soins habituels en chirurgie biliaire, il a été ici pratiqué systématiquement une aspiration gastrique continue les deux ou trois premiers jours.

D) En dehors de ces points particuliers à la cholédoco-duodénostomie, précisons qu'en chirurgie biliaire, notre pratique a comporté un certain nombre de règles.

En premier lieu, nous imposons l'absence de prémédication et le choix d'un anesthésique qui ne modifie pas les données de la radiomanométrie.

Nous employons habituellement une large incision sous-costale ; parfois, lorsque la configuration thoraco-abdominale s'y prête, une incision médiane ou paramédiane.

Après l'exploration visuelle et palpatoire classique, non seulement des voies biliaires et du pancréas, mais aussi de l'estomac et de la rate, on pratique, chaque fois que cela est possible, après dissection du cystique, une exploration radiomanométrique de la voie biliaire principale. Ces explorations n'ont pas été mentionnées dans toutes nos observations, car, pour les plus anciennes l'usage n'en était pas systématique, et dans les plus récentes, il nous est arrivé d'y renoncer devant des conditions locales difficiles. De plus, son intérêt nous est apparu moindre devant certaine lithiasie importante, devant un empièchement ou devant une grosse ectasie cholédocienne.

CHAPITRE II

NOS OBSERVATIONS

Nous les rapportons d'après l'ordre chronologique des interventions pratiquées.

OBSERVATION I

Mme Cha..., 60 ans.

Diagnostic : Lithiase du cholédoque - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Depuis une vingtaine d'années, crises de coliques hépatiques espacées à raison de deux ou trois par an.

Histoire de la maladie : Depuis janvier 1957, crises beaucoup plus fortes, sans température, mais avec subictère, beaucoup plus fréquentes aussi (au nombre d'une dizaine) avec amaigrissement de 8 kg.

A l'examen : Femme maigre, mais à l'état général conservé, teint subictérique, douleur cholédocienne à la pression.

Tests hépatiques normaux.

Biligraphie (avril 1957) : vésicule exclue, cholédoque empierré.

Intervention le 29.5.57 : Gros cholédoque à parois épaissies flanqué d'un minuscule réservoir vésiculaire accolé à lui ; cholédocotomie avec extraction de nombreux calculs disséminés dans le canal principal et ses branches intra-hépatiques. Papille facilement cathétérisée. Devant le nombre important des calculs (+ de 40), l'incertitude sur leur ablation complète on juge préférable de pratiquer une cholédoco-duodénostomie ; électro-coagulation du petit moignon vésiculaire.

Suites opératoires : Des plus simples. Sort le quatorzième jour.

Résultats éloignés : A l'enquête de février 1963 : n'a jamais représenté de douleurs ni de vomissements. Digestion bonne sauf quelques brûlures. Ne suit qu'un régime très lâche. A repris en plus de son poids normal 3 kg. A signaler une petite crise d'angiocholite en 1960 sans lendemain.

Se déclare entièrement satisfaite de son intervention et complètement guérie.

OBSERVATION II

Mme Min..., 69 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Coliques hépatiques depuis plus de quinze ans.

Histoire de la maladie : Début mai 1957, crise cholédocienne typique.

Examen : Etat général conservé (72 kg) mais persistance d'un fébricule avec endolorissement de l'hypochondre droit sans gros foie, sans vésicule.

Tests hépatiques normaux.

Biliographie (avril 1957) exclusion vésiculaire. Gros cholédoque bourré d'innombrables petits calculs à facettes.

Intervention le 1.6.57 : Vésicule lithiasique dont le fond est en imminence de perforation par des calculs. Cholécotomie sur gros cholédoque (un pouce) avec extraction de très nombreux calculs à facettes (environ 70) situés dans toute l'étendue du canal principal et des canaux hépatiques. Papille facilement franchie et cathétérisée avec des calibres successifs. Cholédoco-duodénostomie assez difficile étant donné l'adiposité de la malade. Cholécystectomie. Un drain au contact de l'anastomose. Un Spongel dans le lit vésiculaire.

Suites immédiates : Simples. Sort au quinzième jour.

Résultats éloignés : Digestions lentes avec ballonnements, pesanteurs de l'hypochondre droit émaillées de 3 à 4 crises d'angiocholite par an, typiques durant 3 à 4 heures avec selles décolorées. Reste en-dessous de son poids normal (65 kg 500). Cholangiographie de novembre 1962 : sur film sans préparation ; aérobie indiscutable.

Après 15 minutes, cholédoque visible qui a trente minutes s'est bien évacué dans le duodénum. Il est difficile de préciser l'aspect du bas cholédoque.

En somme résultats médiocres.

OBSERVATION III

Mme Pey..., 60 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Fistule cholécysto-duodénale - Cholédoco-duodénostomie.

Histoire de la maladie : Après une baisse de l'état général depuis six mois, crise cholédocienne typique en juillet 1957, dont la répétition en novembre conduit à l'hospitalisation.

A l'examen : Mauvais état général avec amaigrissement important, anémie à 3 millions de globules rouges avec subictère.

Cholangiographie : aucune imprégnation vésiculaire ni cholédocienne.

Intervention le 13.12.57 : Vésicule scléro-atrophique adhérente au côlon et au duodénum.

Libération colique facile mais il existe une fistule cholécysto-duodénale du calibre d'une allumette qui est sectionnée. Enfouissement en 3 plans de l'orifice duodénal. Le cholédoque est découvert. Il est très dilaté. Cholécotomie sus-duodénale, issue d'un flot de bile boueuse. On extrait alors une quantité importante de calculs friables et de boue accumulée dans le cholédoque inférieur mais existant aussi dans l'hépatique commun et ses 2 branches. Nettoyage aussi parfait que possible de la voie biliaire principale. La papille souple est facilement cathétérisée. La diffusion de la lithiasie d'une part, le mauvais état général de la malade d'autre part, faisant redouter la déperdition biliaire en cas de drainage externe, font opter pour la cholédoco-duodénostomie. Cholécystectomie, pancréas et foie normaux.

Un petit drain sous-hépatique.

Suites immédiates : simples à part un épisode d'asystolie au deuxième jour jugulée rapidement.

Résultats éloignés : Revue à notre enquête : digestions bonnes sans régime. Pas d'angiocholite ni de phénomènes douloureux. A repris depuis son opération 29 kg.

Se déclare très satisfaite et entièrement guérie.

Radio gastro-duodénale au cours de l'enquête : Reflux manifeste injectant le cholédoque du volume d'un pouce et les 2 branches hépatiques mais bonne vidange sur le dernier cliché.

OBSERVATION IV

Mme Ray..., 70 ans.

Diagnostic : Lithiasie vésiculaire avec fistule cholécysto-duodénale et oddite. Cholécystectomie avec cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Fibrose pulmonaire et terrain artériel (séquelles d'hémiplégie droite de 1957).

Histoire de la maladie : Coliques hépatiques depuis l'âge de 28 ans.

Depuis novembre crises beaucoup plus violentes de type nettement cholécocien.

Examen : Léger œdème malléolaire.

Tests hépatiques légèrement perturbés.

Biligraphie : remplissage vésiculaire dessinant 2 poches sans que l'on puisse affirmer d'image calculeuse visible, cholédoque nettement dilaté (un bon pouce) paraissant renfermer des ombres calculeuses.

Intervention le 17.1.58 : Vésicule inflammatoire adhérente paraissant contenir boue et calculs. Fistule canaliculaire entre bassinot et genu superius duodénal. Pancréas normal au palper. Le cholédoque est découvert, il est très dilaté, cholécotomie, l'exploration instrumentale ne permet pas de découvrir de calculs, tant dans les canaux hépatiques que dans le cholédoque inférieur. Papille résistante aux gros cathéters.

On met un drain de Kehr en place et les radiographies per-opératoires objectivent un cholédoque dilaté sans image calculeuse ou néoplasique, mais se terminant en toupie très effilée permettant d'affirmer l'oddite.

Chez cette malade fragile il est prudent de se borner à une cholédoco-duodénostomie. Cholécystectomie. Un drain sous-hépatique.

Suites immédiates : troublées par une période azotémique vers 1 gr. 80 qui régresse assez vite après rééquilibration ionique (4^e au 7^e jour) hématome pariétal.

OBSERVATION V

Mme Ba..., 71 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Infarctus du myocarde, automne 1957. Hypertension à 23.

Histoire de la maladie : En 1943 cholécystostomie et ablation de calculs, ailleurs.

Début 1958, trois crises cholédociennes assez typiques.

A l'examen : Point douloureux sous-costal droit avec énorme éventration sur la cicatrice sous-costale droite.

Biligraphie : vésicule exclue ; gros cholédoque avec une image calculeuse.

Intervention le 8.3.58 : sous-costale itérative. Libération de la vésicule qui adhère à la paroi et contient quelques calculs. Gros cholédoque que l'on taille, extraction d'un calcul unique du volume d'une olive. Cathétérisme de la papille très légèrement scléreuse.

Chez cette malade âgée et fragile on décide de terminer l'intervention par une cholédoco-duodénostomie. Cholécystectomie. Un petit drain sous-hépatique. Cure de l'éventration.

Suites immédiates : Des plus simples.

Résultats éloignés : décembre 1962 : trois petites crises d'angiocholite six mois après l'intervention qui ne se sont pas reproduites. Cependant si pas de douleurs ni de vomissements, digestions pénibles avec obligation de régime.

A cependant repris 15 kg depuis son intervention. Se déclare moyennement satisfaite.

Biligraphie de contrôle : cholédoque dessiné par l'air, du volume d'un petit doigt.

Aucune élimination de produits iodés, même sur clichés tardifs.

OBSERVATION VI

M. Gar... 71 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne avec pancréatite - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien à retenir.

Histoire de la maladie : Terrain hépatique depuis de nombreuses années.

Fin août 1958 syndrome douloureux épigastrique avec contracture sans pneumo-péritoine traité par aspiration et réanimation, avec secondairement phénomènes de choc avec tension artérielle à 5 puis température à 40, point douloureux costolombaire gauche, subictère, tableau de cholécystite aiguë avec participation pancréatique.

Nouvelle crise le 4 septembre améliorée par infiltration splanchnique.

Intervention le 18.9.58 : Pancréas non augmenté de volume mais scléreux. Vésicule très inflammatoire à parois épaissies accolée au deuxième duodénum dont on la libère. La taille cholédocienne sur un canal très dilaté et à parois épaissies permet de ramener un calcul unique arrondi comme une bille de la région sus-vatérienne. Chez ce malade âgé les conditions semblent favorables pour réaliser une cholédoco-duodénostomie. Cholécystectomie. Un drain sous-hépatique.

Suites immédiates : Très simples.

Perdu de vue par la suite.

OBSERVATION VII

Mme Pr..., 67 ans.

Diagnostic : Oddite résiduelle après lithiase cholédocienne traitée antérieurement par drainage de Kehr.

Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Artérite des deux membres inférieurs avec claudication importante.

Histoire de la maladie : complexe.

1) Devant l'augmentation d'intensité des coliques vésiculaires remontant à de nombreuses années **cholécystectomie simple en novembre 1954**, en dehors de St-Etienne.

2) **En octobre 1955**, réapparition sur un fond d'endolorissement permanent de l'hypocondre droit avec amaigrissement de 8 kg, de crises douloureuses d'allure nettement cholédocienne.

Biligraphie : malgré mauvaise imprégnation on peut affirmer un cholédoque dilaté.

Réintervention le 26.5.56 (Doct. MELEY) : Taille cholédocienne sur un canal dilaté (1 doigt) qui permet d'extraire un calcul unique à facettes du volume d'un noyau de cerise et dont l'origine vésiculaire est certaine.

Canaux hépatiques libres, papilles facilement cathétérisées, drainage de Kehr.

Suites simples : Contrôle lipiodolé par drain de Kehr le 4 juin, bon passage duodénal, le cholédoque reste dilaté mais sans image anormale.

3) **En avril 1957**, après une période favorable réapparition d'un syndrome épigastrique presque continu, avec irradiation postérieure sans ictère, sans signes d'angiocholite. Suspicion de pancréatite, mais les différents examens de laboratoires et radiologiques ne peuvent venir le confirmer. Séries d'infiltrations splanchniques qui n'amènent aucune amélioration. Plusieurs séries de cholangiographies permettent seulement d'affirmer un cholédoque dilaté sans image évidente de récurrence lithiasique ou de lésions papillaires.

Devant la persistance des troubles, réintervention le 20.2.59 (Dr MELEY) : Libération d'adhérences sous-hépatiques serrées. On arrive progressivement sur un cholédoque nettement dilaté. Le pancréas semble normal, la tête étant peut-être légèrement hypertrophique. Après ponction (bile aseptique) cholécotomie. L'exploration instrumentale ne montre pas de calcul, mais une papille scléreuse ; cholédoco-duodénostomie. Un petit drain sous-hépatique.

Suites : parfaites au point de vue digestif.

Mais aggravation rapide de l'artérite des membres inférieurs avec gangrène du pied gauche nécessitant une amputation de jambe le 17.3.59. Défaillance cardiaque et exitus le 25.3.59.

OBSERVATION VIII

Mme Fo..., 28 ans.

Diagnostic : Lithiasie cholédocienne après cholécystectomie. Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien de particulier, à part un abcès du sein gauche au cours d'allaitement en 1958.

Histoire de la maladie : En 1954, cholécystectomie sans calcul décelable dans la voie biliaire principale (Dr MELEY).

Réapparition de crises en novembre 1958 d'allure nettement cholédocienne avec ictère secondaire d'un mois et demi, nouvelle biligraphie à deux reprises (novembre 1958 - mars 1959) montrant surtout un gros cholédoque avec suspicion d'image de calculs multiples.

Réintervention le 3.4.59 (Dr MELEY) : Libération d'adhérences sous-hépatiques serrées, cholédoque extrêmement dilaté, presque sacciforme dans sa portion sus-duodénale, avec perception de calculs dans sa portion basse.

1) Cholécotomie avec extraction de plusieurs petits calculs friables mobiles et d'un calcul en bout de cigare enclavé dans le bas cholédoque. La papille peut alors être franchie mais elle est scléreuse et relativement sténosée.

2) On discute une papillotomie ou une anastomose et l'on opte pour la deuxième solution en raison de l'importante ectasie cholédocienne. Large cholédoco-duodénostomie. Un drain sous-hépatique.

Suites immédiates : simples.

Résultats éloignés : (fév. 1963) Disparition complète des crises douloureuses, pas d'angiocholite, bonnes digestions sans régime. A repris son poids normal. Se déclare très satisfaite.

OBSERVATION IX

Mme Koni..., 56 ans.

Diagnostic : Pancréatite persistante après drainage externe pour lithias cholédocienne.

Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien de spécial.

Histoire de la maladie : complexe.

1) Coliques hépatiques depuis l'âge de 20 ans avec depuis 1956 crises d'allure cholédocienne dont l'augmentation de fréquence et d'intensité, et la constatation d'un gros cholédoque en « chaussette » sans image calculeuse certaine à la biligraphie conduisent à la première intervention le 30.12.58 (Dr MELEY).

Première intervention : Grande vésicule lithiasique enrobée d'adhérences, tête pancréatique globuleuse manifestement anormale d'une consistance ferme qui n'est pas celle d'un néoplasme. Découverte d'un gros cholédoque dont la taille permet d'extraire trois petits calculs de sa portion inférieure, cathétérisme facile de la papille qui est souple, mise en place d'un drain de Kehr, cholécystectomie rétrograde.

Les suites immédiates sont simples, le contrôle lipiodolé du 14.1.59 objective un cholédoque encore dilaté (un petit doigt) même dans son trajet intra-pancréatique sans image de lithias résiduelle avec bonne évacuation dans le duodénum.

2) L'amélioration par cette première intervention ne fut jamais complète mais l'interprétation des troubles chez cette Polonaise s'exprimant mal en français est délicate. Aussi au début se refuse-t-on à réintervenir d'autant plus que l'état général reste satisfaisant, cependant devant l'échec d'infiltrations splanchniques la persistance d'un syndrome douloureux épigastrique presque continu avec cholédoque restant toujours très dilaté sur les biligraphies, on se décide à une nouvelle intervention le 3.6.59 (Dr MELEY).

Deuxième intervention : Symphyse sous-hépatique serrée, libération prudente du duodénum permettant d'arriver sur un cholédoque dilaté (un pouce) à parois épaisses. La tête pancréatique au palper reste hypertrophiée et dure. L'exploration cholédocienne à la pince n'objective pas de calculs, papille souple facilement cathétérisée ; cholédoco-duodénostomie large en deux plans. Un drain cigarette.

Suites immédiates : simples.

Résultats éloignés : Au cours de la première année, persistance de douleurs épigastriques avec deux petites crises d'angiocholite qui ne se sont pas reproduites. Elle nous a répondu de Pologne et fin décembre 1962 se déclare très satisfaite, ne présente plus aucun phénomène douloureux, digestions bonnes en suivant un régime peu strict, a repris 12 kg depuis l'intervention.

OBSERVATION X

Mme Cast..., 64 ans.

Diagnostic : Lithias cholédocienne récidivante - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : R.A.S.

Histoire de la maladie :

1) Coliques hépatiques depuis l'âge de 50 ans dont la répétition conduit à une première intervention (Dr MELEY) le 24.4.56.

Première intervention : Cholécystectomie, le cholédoque est légèrement dilaté mais son exploration instrumentale transcystique ne montre pas de calculs et la papille est franchi facilement ; la vésicule contient une vingtaine de petits calculs.

Résultats parfaits jusqu'en janvier 1959.

2) Apparition alors de crises d'angiocholite avec rapidement gros amaigrissement. La biligraphie montre un cholédoque très pâle mais certainement distendu.

Réintervention le 30.6.59 (Dr MELEY) :

Symphyse sous-hépatique modérée, découverte d'un cholédoque épaissi nettement dilaté, pancréas normal.

Taille cholédocienne, extraction d'un calcul du volume d'une petite cerise et d'un peu de boue biliaire située dans le bas cholédoque, la papille est franchie mais on se rend compte à l'instrument qu'elle est scléreuse et modérément rétrécie. On opte pour la cholédoco-duodénostomie. Un drain cigarette.

Suites immédiates : simples.

Suites éloignées : (février 1963) Plus aucune crise douloureuse, pas de phénomènes d'angiocholite, bonnes digestions en suivant le régime strict mais périodes dyspeptiques et de temps en temps quelques petits spasmes douloureux brefs en rapport sans doute, avec une mise en tension des voies biliaires. Se déclare très améliorée mais incomplètement guérie.

OBSERVATION XI

Mme Lar..., 58 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne après cholécystectomie - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : R.A.S.

Histoire de la maladie :

- 1) En 1956 cholécystectomie faite ailleurs, sans renseignements.
- 2) Peu d'amélioration, persistance de dyspepsie, avec apparition, en juillet 1959, de crises cholédociennes et constatation sur deux biligraphies d'un gros cholédoque avec image lithiasique indiscutable.

Réintervention le 29.9.59 (Dr MELEY) : Vu les adhérences pariéto viscérales et sous-hépatiques on a quelque peine à découvrir le cholédoque dilaté à parois épaissies inflammatoires dont la taille donne issue à une quantité importante de boue biliaire et l'on peut extraire six petits calculs ; papille extrêmement scléreuse donnant un ressaut très net sous l'explorateur. Chez cette femme à l'état général moyen, on opte en faveur de la cholédoco-duodénostomie. Exploration de l'estomac et du pancréas négative.

Suites immédiates : Simples avec contrôle radiologique par ingestion barytée, un mois plus tard objectivant un large reflux dans les canaux biliaires.

Suites éloignées : (février 1963) Malgré une reprise de poids de 7 kg, accuse des digestions douloureuses avec ballonnement, des crises d'angiocholite, certes peu intenses et peu fréquentes, (une tous les six mois) pas de vomissements, se déclare insatisfaite et non améliorée par son intervention.

A noter cependant indiscutablement un terrain névropathique.

OBSERVATION XII

Mme Pay..., 80 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : R.A.S.

Histoire de la maladie : Coliques hépatiques en 1956 avec en juillet 1959 apparition d'une note cholédocienne à l'examen, malgré l'âge avancé bon état général. Biligraphie, la vésicule n'est imprégnée qu'après morphine, sans calcul visible, le cholédoque est très dilaté avec image discutable de calcul.

Intervention le 3.2.59 : Grande vésicule, ne contenant que six calculs, avec large cystique, très gros cholédoque avec calculs palpables, de plus quelques noyaux de pancréatite céphaliques. Cholédocotomie et extraction de cinq calculs friables ; cathétérisme des canaux hépatiques et de la papille qui est très perméable. En raison de l'âge, cholédoco-duodénostomie, cholécystectomie rétrograde, drainage sous-hépatique.

Suites immédiates : Simples.

Résultats éloignés (janvier 1963) : Bonnes digestions, même sans régime, pas de douleurs, pas d'angiocholite, à repris 13 kg se déclare très satisfaite et complètement guérie.

OBSERVATION XIII

Mme Car..., 76 ans.

Diagnostic : Oddite résiduelle après lithiase cholédocienne traitée antérieurement par drainage de Kehr. Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Mauvais état cardio pulmonaire, bloc de branche à E.C.G.

Histoire de la maladie :

1) Syndrome cholédocien, depuis mai 1954.

Première intervention (Dr MELEY) le 30.9.54 : Vésicule lithiasique avec deux gros calculs pigmentaires, gros cholédoque avec nombreux calculs à la palpation. Explorations instrumentales répétées et extraction de nombreux calculs (plus de 40) et de boue disséminée dans les deux canaux hépatiques et le cholédoque inférieur, le cathétérisme de la papille est très difficile chez cette femme très grasse. On termine par un drain de Kehr assez volumineux avec cholécystectomie rétrograde ; drainage.

Suites immédiates locales et générales : simples. Contrôle lipiodolé par le drain de Kehr, pas d'image lithiasique résiduelle ; bonne évacuation duodénale, cholédoque restant dilaté.

2) Etat satisfaisant jusqu'en décembre 1958 où réapparaissent des troubles d'allure cholédocienne. Les cholangiographies objectivent toujours un cholédoque énorme se terminant en toupie et qui ne semble pas s'évacuer. On décide de réintervenir malgré le mauvais état cardio-pulmonaire.

Deuxième intervention (Dr MELEY) 19.1.60 : Symphyse sous-hépatique serrée, on arrive difficilement sur un cholédoque épaissi et dilaté palpation duodéno-pancréatique négative ; après taille cholédocienne, l'exploration instrumentale n'objective pas de récurrence lithiasique, la région papillaire paraît sténosée. Cholédoco-duodénostomie de réalisation délicate, drainage.

Suites immédiates : Simples au point de vue biliaire seulement entrecoupées d'accès de défaillance cardiaque.

Résultats éloignés : Bonnes digestions, pas d'angiocholite, pas de douleurs. Se déclare satisfaite au point de vue digestif.

Contrôle tardif (déc. 1962) de l'anastomose par radiographies gastro-duodénales. Perméabilité maintenue : reflux baryté dans l'hépatique et ses deux branches avec bonne évacuation sur le dernier cliché.

OBSERVATION XIV

M. Vin..., 67 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne avec ictère - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Bonne santé habituelle.

Histoire de la maladie : Passé dyspeptique ancien avec crise de cholécystite aiguë fin décembre 1959 qui se renouvelle en janvier, suivie d'un ictère franc durant un mois ; à l'examen assez bon état général, grosse vésicule perceptible.

Intervention le 20.1.60 (Dr MELEY) : Très grande vésicule lithiasique distendue dont la ponction ramène de la bile blanche, cholédoque dilaté avec perception au palper de calculs, taille sus-duodénale et extraction de six calculs gros, mobiles dans la voie principale. La papille est franchie mais elle est très scléreuse, manifestement pathologique ; on opte chez ce malade pour une cholédoco-duodénostomie ; cholécystectomie rétrograde, saignement assez important du lit hépatique. Spongel, drainage.

Suites immédiates : Disparition rapide de l'ictère.

Résultats éloignés : Digestions normales sans régime, aucun phénomène douloureux, pas d'angiocholite, à repris son poids normal un an après l'intervention. Se déclare entièrement satisfait.

OBSERVATION XV

Mme Bl... 76 ans.

Diagnostic : Lithiase du cholédoque avec fistule cholécysto-duodénale - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien de notable.

Histoire de la maladie : Début à l'âge de 46 ans par de grands accès bilio septiques en 1939 et en 1957 avec à cette époque vésicule exclue à la radio. En mars 1960, reprise des douleurs avec état subfébrile. A l'examen femme âgée en bon état général sans ictère. Point de Murphy, pas de vésicule perçue. Normalisation de la température par traitement antibiotique prolongé.

Intervention le 6.4.60 : Petite vésicule scléro-atrophique, fistulisée dans la paroi antérieure du bulbe duodénal. Séparation des deux organes et duodénoraphie en un plan. Il existe dans le cholédoque un énorme calcul de la dimension d'un pouce d'adulte effilé en cigare, relativement friable ; extraction par une large taille cholédocienne. La papille est aisément franchie. Le cholédoque est très dilaté, sa muqueuse est oedématisée avec de gros plis

et des incrustations boueuses. Dans ces conditions on décide de pratiquer une cholédoco-duodénostomie. Destruction du moignon vésiculaire au bistouri électrique ; Spongel, petit drain sous-hépatique.

Suites immédiates : Simples.

Résultats éloignés : n'a jamais représenté de crise d'angiocholite. Ne suit pratiquement pas de régime. Quelques petits ballonnements post-prandiaux. A repris 10 kg. Se déclare entièrement satisfaite.

OBSERVATION XVI

Mme Vir..., 61 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Passé vésiculaire remontant à trente ans, avec crises de coliques vésiculaires presque subintrantes depuis 6 mois.

Histoire de la maladie : Depuis 6 semaines : crises cholédociennes typiques, se répétant 5 à 6 fois. A l'examen mauvais état général, gros amaigrissement ; biligraphie d'avril 60, exclusion vésiculaire, très gros cholédoque avec images multiples de calculs.

Intervention le 6.5.60 (Dr MELEY) : Vésicule scléro-atrophique adhérent au duodénum et au cholédoque qui est dilaté, avec parois épaissies très vascularisées. On y perçoit des calculs, taille sus-duodénale, extraction d'un nombre assez important (plus de trente) de calculs à facettes dont le plus gros est une petite cerise ; calculs disséminés tant dans la voie principale que dans les canaux hépatiques surtout à droite. Papille facilement franchie et souple. Cholécystectomie difficile en raison des rapports pathologiques et anatomiques avec le cholédoque, le cystique en effet s'abouche sur la face postérieure du cholédoque et contient des calculs jusqu'à son embouchure, la cholécystectomie est cependant très correcte. Etant donné l'âge, la dilatation des voies biliaires, on décide une cholédoco-duodénostomie. Drain sous-hépatique.

Suites immédiates : simples.

Résultats éloignés : A présenté pendant l'année suivant son intervention 3 ou 4 crises mineures d'angiocholite qui ont disparu complètement en mai 1961. Actuellement ne présente plus aucun phénomène douloureux. Digestions bonnes, pratiquement sans régime, a repris 6 kilogs. Se déclare complètement guérie.

OBSERVATION XVII

M. Mar..., 51 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne après cholécystectomie - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Ancien légionnaire - Bonne santé habituelle.

Histoire de la maladie :

1) En 1957 opéré ailleurs pour cholécystite, cholécystectomie avec drainage de Kehr, semble-t-il pour pancréatite.

Malgré cette opération, présente des crises cholédociennes fréquentes, avec ictères à répétition aboutissant même à une morphinomanie.

A l'examen sujet maigre, douleur cholédocienne vive à la pression, énorme cholédoque à la biligraphie.

Réintervention le 12.10.60 (Dr MELEY) : Symphyse sous-hépatique serrée, très gros cholédoque dont la taille permet d'extraire une dizaine de calculs (noyaux de cerises) ainsi qu'une boue abondante. Evacuation instrumentale soigneuse de la lithiase disséminée et cathétérisme aisé de la papille. Radiographies de contrôle per-opératoire : très large cholédoque paraissant libre. Papille normale, bon passage duodénal. A noter au palper quelques noyaux de pancréatite céphalique. On termine par une cholédoco-duodénostomie. Un drain sous-hépatique.

Suites immédiates : simples ; sort au 15^e jour.

Résultats éloignés 31.1.61 : Constatation radiologique d'aérobilie en février 1963, disparition des importantes crises douloureuses mais les digestions sont lentes, malgré un régime assez strict, pas d'ictère, pas de vomissement, reste cependant amaigri. Transformé par rapport à son état antérieur, la morphinomanie a disparu, mais se déclare moyennement satisfait seulement.

OBSERVATION XVIII

Monsieur Met..., 72 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien de notable à part un éthylysme important (5 litres).

Histoire de la maladie : Début clinique il y a cinq mois par des troubles généraux avec gros amaigrissement (20 kg) suivi de 3 crises cholédociennes ; à l'examen hépatomégalie de 3 travers de doigts, pas très dure. Cholangiographie, aucune élimination sauf sur le dernier cliché après morphine, où l'on devine un cholédoque dilaté très pâle.

Intervention le 15.10.60 (Dr MELEY) : Foie très augmenté de volume et dur, d'aspect pré-cirrhotique, vésicule blanc nacré à parois très épaissies. Cholédoque énorme (taille d'un pouce), le cystique est gros et perméable, on le ligature au ras du cholédoque ; taille cholédocienne sus-duodénale, la bile cholédocienne est claire, extraction d'un calcul unique arrondi, de la taille d'une petite cerise, libre dans le cholédoque. Radiomanométrie par drain de Kehr. Pression de passage relativement élevée (autour de 20), les clichés montrent le gros cholédoque avec un bon passage duodénal, sans image calculeuse. Pression résiduelle à 15. Etant donné l'âge du malade, l'état de son foie, on préfère éviter un drainage cholédocien externe et on pratique une cholédoco-duodénostomie ; cholécystectomie ; biopsie hépatique ; drainage.

Suites immédiates : Remarquablement simples, la biopsie hépatique a confirmé l'état de pré-cirrhose avancée.

Résultats éloignés : Décembre 1962. Ne souffre plus, digestions satisfaisantes avec un régime peu strict, pas d'angiocholite, a repris 18 kg, donc son poids normal, le foie reste augmenté de volume et dur.

Se déclare guéri.

Radiographie gastro-duodénale de contrôle : gros reflux dans les voies biliaires jusque dans les ramifications intra-hépatiques, le cholédoque reste du calibre d'un gros pouce. Sur le dernier cliché, bonne évacuation.

OBSERVATION XIX

Mme Joac..., 70 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne. Cholécystectomie - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Diabète découvert il y a 10 ans avec petits troubles artériels des 2 membres inférieurs depuis 2 ans ; hypertension à 27 depuis une quinzaine d'années ayant déjà entraîné plusieurs accidents spasmodiques cérébraux.

Histoire de la maladie : Crises vésiculaires depuis 1952, qui à partir de juillet 1957 prennent une note cholédocienne. Hospitalisée fin septembre 1960 pour une de ces crises avec subictère secondaire d'une dizaine de jours.

Cholangiographie début octobre 1960, vésicule exclue, gros cholédoque bourré de calculs ; à l'examen hypochondre droit sensible, foie à 2 travers de doigts. Bien que l'E.C.G. montre une atteinte coronarienne importante, l'indication opératoire paraît formelle étant données les poussées d'angiocholite à répétition et la baisse de l'état général qui s'en suit.

Intervention le 19.10.60 : Grande vésicule distendue à parois épaissies avec de nombreux calculs ; cholédoque très dilaté dont la taille permet de ramener de nombreux calculs friables (une vingtaine) disséminés dans l'hépatique commun et le bas cholédoque.

Radiomanométrie par drain de KEHR ; gros cholédoque sans image lithiasique résiduelle, papille d'aspect normal, cependant les pressions de passage à 17 cm, d'eau et la résidelle à 14 traduisent une légère sclérose oddienne probable. De toute façon chez cette malade à l'état général très médiocre, une cholédoco-duodénostomie est souhaitable ; cholécystectomie, un drain cigarette.

Suites immédiates : Simples, pas de déséquilibre du diabète.

Résultats éloignés : Revue jusqu'en février 1962 avec un résultat digestif excellent, plus aucune douleur, pas d'angiocholite, bonnes digestions. Suivait un traitement anti-coagulant au long cours pour de récentes lésions E.C.G. sous-endocardique. Avait repris 5 kg. Lors de notre enquête de décembre 1962, on a appris le décès de la malade, probablement d'un infarctus du myocarde.

OBSERVATION XX

Mme All., 46 ans.

Diagnostic : Angiocholite, sténose du bas cholédoque après sphinctérotomie - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : rien de notable.

Histoire de la maladie :

1) Après un long passé de coliques hépatiques banales en novembre 1959 crise plus violente suivie d'ictère de type rétionnel (phosphatases alcalines 12 UR - tests hépatiques négatifs) sans température ni douleurs — n'a jamais eu de biligraphie — cet état conduit à une :

Première intervention le 4.12.59 : Petite vésicule moulée sur un calcul, libre d'adhérence, cholédoque dilaté ; pancréas normal, au palper perception dans la portion toute terminale du cholédoque d'un calcul enchatonné du volume d'un noyau de cerise ; cathétérisme transcystique qui bute sur l'obstacle. L'extraction à la pince s'avère impossible ne ramenant que quelques débris morcelés. Duodénotomie transversale sur D2. Papillotomie et extraction par voie basse d'un agglomérat de calculins. Section limitée du sphincter, exploration négative par le bas des canaux hépatiques, radio de contrôle transcystique, papille incontinente avec remplissage massif de l'intestin. Le cliché sous pression, objective une dilatation de l'hépatique et de ses deux branches. Cholécystectomie rétrograde, ligature du cystique au lin, un drain sous-hépatique.

Suites : Remarquablement simples. Disparition complète de l'ictère au 6^e jour. Radiographie au 15^e jour : pas de reflux duodéno-biliaire.

2) Bon état jusqu'en août 1960, où apparaissent de nouvelles crises cholédociennes typiques ; les biligraphies montrent un cholédoque très pâle, ne paraissant pas dilaté, malgré un traitement antibiotique intense, le tableau d'angiocholite est irréductible, aussi :

Nouvelle intervention en pleine poussée bilio-septique le 14.11.60 ; découverte aisée d'un cholédoque dilaté et distendu ; foie de stase, palper du pancréas normal ; taille sus-duodénale, issue de bile sous tension, trouble ; exploration soigneuse instrumentale ne ramenant pas de calculs, sauf un pois de boue agglomérée, molasse, mobile. La papille est aisément franchie au cathéter, mais le bas cholédoque donne l'impression d'un défilé rigide, inextensible ; radiomanométrie : malgré de hautes pressions, pas de passage duodénal ; énorme dilatation de l'arbre biliaire ; terminaison en toupie du bas cholédoque ; on conclue à la sténose fibreuse termino-cholédocienne ; le drainage externe paraît devoir être insuffisant, une anastomose sur le jéjunum excessive chez cette malade fatiguée, hyper-fébrile, finalement on opte pour une cholédoco-duodénostomie ; un petit drain sous-hépatique.

Suites immédiates : Très simples avec chute spectaculaire de la température. Sort cicatrisée le 14^e jour.

Résultats éloignés (février 1963) : Bonnes digestions, même sans régime. N'a présenté aucun phénomène d'angiocholite : par moment cependant accuse quelques douleurs très vives et très fugaces en éclair de l'hypochondre droit, à des heures très variées, pouvant traduire une mise en tension passagère des voies biliaires. A repris plus de 5 kg ; subjectivement se déclare guérie.

OBSERVATION XXI

Mme Mou..., 77 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien de notable.

Histoire de la maladie : Long passé de dyspepsie de type hépatique avec en mars 1960 syndrome cholédocien net se répétant à 3 reprises jusqu'en novembre 1960. A l'examen état général médiocre, gros amaigrissement subictère des conjonctives ; cholangiographie, cholédoque dilaté avec image claire d'allure calculeuse, cystique visualisé dilaté avec calcul du bassinnet excluant la vésicule.

Intervention le 2.12.60 : Vésicule atrophique accolée au duodénum sans qu'il n'y ait cependant de fistule, pancréas et estomac normaux, le canal cystique très large paraît accolé à la voie principale sur plusieurs centimètres ; pour éviter toute erreur on ponctionne le cholédoque. Radiographie qui montre que le confluent des canaux hépatiques est beaucoup plus haut. Dilatation des voies biliaires modérée, passage duodénal facile avec papille bien visible, large, pas d'image de lithiase. Taille sus-duodénale du cholédoque qui permet d'extraire cependant un calcul à facettes du volume d'un petit pois. Papille facilement franchie. Chez cette femme âgée on opte pour la cholédoco-duodénostomie pour éviter toute déperdition biliaire. Cholécystectomie rétrograde, drain sous-hépatique.

Suites immédiates : Sans incidents.

Résultats éloignés : Bonnes digestions, ne suit même pas de régime, pas d'ictère, pas d'angiocholite, pas de phénomène douloureux, examen négatif. Se déclare très satisfaite, a repris plus de 11 kg.

OBSERVATION XXII

Mme Bur..., 67 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Histoire de la maladie : Crises cholédociennes depuis 4 ans se manifestant 3 ou 4 fois par an. Depuis 2 mois, 4 crises presque subintrantes avec gros retentissement sur l'état général et amaigrissement de 15 kg en 6 semaines ; à l'examen, subictère des conjonctives, cholangiographie, aucune élimination iodée.

Intervention le 20.10.61 : Vésicule scléro-atrophique, réduite à un petit bourgeon, on se porte directement sur le cholédoque de trois centimètres de diamètre, taille sus-duodénale, on y extrait un gros calcul du volume d'une noix. L'exploration des canaux hépatiques est négative. Dans le cholédoque rétro-pancréatique, on perçoit un autre calcul aussi gros que le premier, on est obligé de le fragmenter pour arriver à l'extraire. Lavage au sérum, radiographies par l'intermédiaire d'un drain de Kehr : pas d'images de lithias résiduelle mais le cholédoque inférieur au-dessous d'une voie biliaire extrêmement dilatée dans son ensemble présente un aspect d'oddite manifeste. Cholédoco-duodénostomie. Cholécystectomie, drainage sous-hépatique.

Suites immédiates : Simples au point de vue biliaire avec rétrocession du subictère mais exitus brutal au 9^e jour dans un tableau d'embolie pulmonaire.

OBSERVATION XXIII

Mme Vil..., 75 ans.

Diagnostic : Lithias cholédocienne - Cholécystectomie - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Involution intellectuelle sénile marquée.

Histoire de la maladie : Passé dyspeptique très ancien avec crises cholédociennes en octobre 1961.

Biligraphie : exclusion vésiculaire, deux gros calculs cholédociens dont un dans le bas cholédoque.

Intervention le 24.11.61 : Vésicule scléro atrophique lithiasique, cholédoque très dilaté avec perception de calculs, après cathétérisme et intubation du cystique radiomanométrie. Perfusion facile à pression 12, après clichés en hyperpression à 20 la résiduelle retombe à 8, des clichés montrent une image calculeuse unique volumineuse du bas cholédoque et une dilatation diffuse de l'arbre biliaire, aucun signe radiologique d'oddite, taille sus-duodénale, extraction d'un volumineux calcul (dé à jouer) à facettes et d'un deuxième analogue mais beaucoup plus petit. Exploration négative des canaux hépatiques, papille facilement cathétérisée. En l'absence d'oddite on pourrait se contenter d'un drainage de Kehr mais vu l'âge pour éviter la déperdition biliaire on fait une cholédoco-duodénostomie, cholécystectomie, petit drainage sous-hépatique.

Suites immédiates : simples.

Résultats éloignés : Décembre 1962, pas d'angiocholite. Les troubles antérieurs à l'intervention ont disparu. Bonnes digestions, avec un régime peu strict. Se déclare satisfaite.

Contrôle radiologique par radiographies gastro-duodénales : sur le film sans préparation, l'hépatique et ses deux branches sont bien injectés d'air. Important reflux baryté. Le cholédoque reste très gros mais s'évacue bien sur le dernier cliché.

OBSERVATION XXIV

Mme Heu..., 58 ans.

Diagnostic : Sténose cicatricielle de l'hépatique commun avec lithiasc haute intra-hépatique.

Drain de Kehr + cholécodo-duodénostomie. .

Antécédents : Rien de notable si ce n'est des varices importantes des membres inférieurs.

Histoire de la maladie :

1) En 1954, cholécystectomie pour lithiasc, ailleurs, sans exploration cholécocienne, semble-t-il ; cette intervention n'a pratiquement pas apporté d'amélioration aux troubles constitués essentiellement par des phénomènes dyspeptiques sur lesquels se greffaient des crises d'angiocholite, dont la fréquence et l'intensité augmentaient progressivement.

En 1956, biligraphie objectivant déjà un cholédoque dilaté et un moignon cystique ectasique. Réintervention conseillée depuis cette époque mais qui n'est acceptée qu'en mars 1962.

Intervention le 26.3.62 : Après libération de la symphyse sous-hépatique on tombe sur un moignon infundibulo cystique assez volumineux adhérent à l'hépatique commun. Le cholédoque est moyennement dilaté ; après intubation de ce moignon radiomanométrie : les données radiologiques et de pression sont normales pour le bas cholédoque, cependant malgré une hyperpression on n'a pas de visualisation des voies biliaires hautes. Taille cholécocienne et exploration instrumentale ; vers le bas franchissement aisé de la papille, vers le haut rétrécissement modérément serré de l'hépatique sur 3 centimètres. En le dilatant légèrement on assiste à l'évacuation d'une grosse rétention de bile purulente et d'innombrables calculs au nombre de 80, au moins, du volume d'une tête d'épingle en verre, au cours de manœuvres prolongées et difficiles surtout sur le canal hépatique gauche. Le rétrécissement étant relatif, probablement dû à l'inflammation du moignon vésiculaire adjacent, on met en place un très gros drain de Kehr dont la branche supérieure dépasse largement la sténose qui a été incisée. En raison de la migration probable de calculs laissés, on fait une large cholécodo-duodénostomie, résection du moignon cystique, lame de caoutchouc.

Un contrôle radiologique par le Kehr objective une bonne imprégnation des voies biliaires intra-hépatiques, surtout à droite.

Suites immédiates : drainage cholécocien prolongé pendant 2 mois qui a donné lieu de l'élimination à plusieurs reprises de petits calculs, des contrôles radiologiques répétés objectivent d'ailleurs des concrétions persistant dans les voies biliaires intra-hépatiques. Cependant le contrôle de début juin s'avère satisfaisant : ablation du drainage cholécocien.

Résultats éloignés : En dehors d'une crise d'angiocholite 3 mois après l'intervention, l'état actuel est très satisfaisant, disparition des phénomènes douloureux, digestions bonnes avec régime limité, reprise de 6 kg. Se déclare satisfaite et pratiquement guérie.

OBSERVATION XXV

Mme Pro..., 70 ans.

Diagnostic : Lithiase vésiculaire avec oddite scléreuse - Cholécysectomie + Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Ancienne syphilitique. Emphysémateuse prononcée et hypertension à 27 (asthme cardiaque).

Histoire de la maladie : Depuis mars 1962, crises douloureuses de l'hypocondre droit avec température sans frissons, sans subictère.

Biligraphie : Exclusion vésiculaire. Calcul sous-costal droit dont seule la partie périphérique est opaque aux rayons X.

Intervention le 5.5.62 : Vésicule scléro-atrophique moulée sur des calculs. Cholédoque très distendu. Au palper estomac, rate, pancréas sont normaux. Intubation du cystique et **Rx manométrie :** perfusion de remplissage tout d'abord à pression 10-12 d'un arbre biliaire dilaté. On est secondairement obligé de monter les pressions autour de 20 pour obtenir une perfusion ralentie avec résiduelle qui reste accrochée autour de 16. Les clichés objectivent une dilatation cholédocienne marquée qui ne se prolonge que sur le canal hépatique G. Terminaison cholédocienne avec image en radis d'oddite, mais cependant passage duodénal assez important.

Taille cholédocienne sus-duodénale : l'exploration instrumentale confirme l'absence de lithiase, objective une papille rigide mais qui peut être franchie.

Chez cette femme âgée on préfère une cholédoco-duodénostomie à une sphinctérotomie. Cholécysectomie. Petit drain cigarette sous-hépatique.

Suites immédiates : simples, départ au 14^e jour.

Duodénographie hypotonique 40 jours plus tard : bon fonctionnement de l'anastomose.

Résultats éloignés : 15 février 1963. Plus aucune douleur ni vomissements. Pas d'angiocholite. Digestions bonnes sans régime. A repris 4 kg.

Se déclare entièrement satisfaite et guérie.

Evidemment toujours crises d'asthme cardiaque.

OBSERVATION XXVI

M. Fou..., 64 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Soigné à plusieurs reprises pour éthyisme et état cirrhotique.

Histoire de la maladie : Janvier 1962, violente crise cholédocienne au cours de laquelle on constate un gros foie, d'importants troubles biologiques (prothrombine à 40 %).

Cholangiographie ; pas de visualisation des voies biliaires et de la vésicule, même après morphine. Refuse alors toute intervention. Revu début juillet 1962 avec un ictère généralisé depuis un mois et demi apparu après une nouvelle crise cholédocienne. Après une rééquilibration ionique et un traitement intensif à la vitamine K et protecteurs hépatiques :

Intervention : Le 21.7.62 : gros foie de cholostase¹ vert sombre, énorme magma adhérentiel sous-hépatique ancien. Après libération progressive on arrive sur une vésicule scléro-atrophique avec fistule cholécystocolique au niveau de l'angle droit : libération de la fistule, fermeture de la brèche colique en monoplan, découverte d'un cholédoque de la taille d'un gros pouce, le cystique identifié est perméable mais rempli de boue biliaire. Radiomanométrie par canule transcystique. Il faut des pressions considérables (30 à 35) pour obtenir une perfusion cholédocienne. Les clichés montrent une dilatation diffuse de la voie biliaire avec sur toute son étendue des images lacunaires d'empierrement, aucun passage duodénal. Taille sus-duodénale avec issue d'une quantité importante de boue biliaire très épaisse et ablation à la pince d'une dizaine de volumineux calculs très mous, le nettoyage après lavage au sérum paraît complet, papille franchie facilement par le gros cathéter, cholécystectomie rétrograde, large cholédoco-duodénostomie, lame de caoutchouc sous-hépatique.

Suites immédiates : Au 6^e jour apparition d'une **fistule** bilio-duodénale, mise en place dans le trajet du drain de deux drains de Redon mis en aspiration en même temps que l'on remet l'aspiration gastrique ; au 10^e jour éviscération : sous anesthésie locale réfection pariétale en un plan total, fils de bronze. Aggravation progressive de l'état général, coma au 12^e jour et malgré rééquilibration ionique exitus au 13^e jour.

OBSERVATION XXVII

Mme Mar..., 65 ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien de notable.

Histoire de la maladie : Depuis 30 ans, dyspepsie biliaire sans gros incident. En juillet 1962, crise douloureuse plus violente sans température ni ictère avec endolorissement secondaire permanent. A l'examen bon état général.

Biligraphie : vésicule bien injectée, mais bourrée de calculs, le cholédoque est également empierré, évacuation duodénale manifeste.

Intervention 9.10.62 : Vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant plusieurs calculs mobiles. Radiomanométrie transcystique ; abondante lithiase dans la voie biliaire principale, passage duodénal à la pression 11. résiduelle à 7 ; cholédocotomie : extraction d'une dizaine de calculs irréguliers (pois), cathétérisme oddien facile.

Vu l'âge et le type de lithiasie on termine par une cholédoco-duodénostomie. Choléscystectomie rétrograde. Une petite lame sortant par contre-incision droite.

Suites immédiates : troublées par un infarctus pulmonaire gauche sans lendemain.

Résultats éloignés : En février 1963, pas d'angiocholite, pas de douleur, digestions excellentes, sans régime.

Se déclare très satisfaite.

OBSERVATION XXVIII

M. Mey..., 62 ans.

Diagnostic : Lithiasie vésiculaire - Cholécystectomie - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Emphysème pulmonaire prononcé.

Histoire de la maladie : Fin 1961 colique hépatique avec ictère passager ; biligraphie : en début 1962 vésicule s'imprégnant mal, bourrée de petits calculs, cholédoque de 1 cm sans image lithiasique patente.

Indication opératoire devant trois nouvelles crises en décembre 1962 avec clochers subfébriles et subictère transitoire.

Intervention le 11.1.63 : Vésicule bourrée de calculs, dont un crée une imminence de perforation, gros cholédoque (1 cm) radiomanométrie transcystique qui confirme la dilatation cholédocienne. Image douteuse de lithiasie ; pas de signes nets d'oddite, taille cholédocienne, exploration instrumentale négative, cholédoco-duodénostomie, cholécystectomie rétrograde, un drain.

Suites : simples.

OBSERVATION XXIX

M. Bon..., 76 ans.

Diagnostic : Lithiasie de l'hépatique + Oddite - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Ancien mineur - Angor.

Histoire de la maladie : Depuis 4 ans crises vésiculaires à raison de 2 à 3 par mois. Depuis mi-octobre 1962, apparition en plus de température en clocher à 39 à chaque crise, avec en janvier 1963 léger subictère suivant les poussées douloureuses.

Biligraphie : Décembre 1962, calcul de la taille d'une olive, du fond vésiculaire dans une vésicule non exclue. Cholédoque dilaté.

Tomographies du Cholédoque (Janv. 1963) : confirme la dilatation cholédocienne (un pouce) dont la portion inférieure est effilée en entonnoir évoquant l'oddite. Dans sa portion haute juste au-dessous de la bifurcation de l'hépatique image claire, très probablement calculeuse.

Examen : Foie à trois travers de doigt. Point douloureux vésiculaire.

Intervention le 22.1.63 : Vésicule rétractée à parois épaissies avec adhérences épiploïques serrées contenant un calcul et du pus, l'état inflammatoire rend plus délicate la dissection du cystique et l'identification du cholédoque qui est dilaté à parois épaissies. Cholédocotomie : extraction d'un calcul unique mobile dans l'hépatique en forme de noyau de datte. Mise en place d'un drain de Kehr et **Radiomanométrie :** Dilatation diffuse des voies biliaires. Passage duodénal modéré aux basses pressions. Résiduelle élevée à 20. Image d'oddite avec reflux important dans le Wirsung jusqu'à son origine.

Dans ces conditions vu l'âge du malade on décide de pratiquer une cholédoco-duodénostomie.

Cholécystectomie, spongel dans le lit vésiculaire scléreux qui ne peut être péritonisé. Une lame de caoutchouc sous-hépatique.

Suites immédiates : simples.

Contrôle radiologique précoce du 12.2.63. Cholédoque injecté d'air sur film simple. Reflux modéré de baryte sur les autres clichés qui dessinent seulement le cholédoque. Bonne évacuation sur le dernier cliché.

OBSERVATION XXX

Mme Mar..., 68^e ans.

Diagnostic : Lithiase cholédocienne et de l'hépatique gauche avec oddite scléreuse - Cholédoco-duodénostomie.

Antécédents : Rien de notable.

Histoire de la maladie : En 1957 découverte radiologique devant des crises douloureuses peu fréquentes d'une lithiase vésiculaire ; en janvier 1963 tableau de cholécystite aiguë avec température à 38,5, contracture abdominale rétrocedant aux antibiotiques, à l'examen persistance d'une légère défense sous-costale droite 3 semaines après.

Intervention le 6.2.63 : Vésicule lithiasique scléreuse rétractée avec adhérences lâches, pancréas normal. Radiomanométrie transcystique : perfusion lente malgré des pressions croissantes, résiduelle accrochée à plus de 20. Sur les films image de calcul de l'hépatique gauche et d'oddite sténosante avec reflux important dans le Wirsung, passage duodénal modeste, voie biliaire principale du volume d'un doigt, taille sus-duodénale, extraction facile d'un calcul friable de l'hépatique gauche et d'un autre analogue du bas cholédoque. Papille scléreuse difficilement cathétérisable. Cholédoco-duodénostomie. Cholécystectomie. Une lame de caoutchouc.

Suites immédiates : simples.

CHAPITRE III

NOS RÉSULTATS

A. — LES RÉSULTATS IMMÉDIATS

1) **Les suites opératoires** ont été le plus souvent simples, pour cette opération faite sur des malades d'âge moyen élevé (65 ans) et souvent tarés ; elles se sont montrées aussi confortables pour l'opéré qui est levé en règle le soir même, au plus tard le lendemain matin, dont les vomissements éventuels sont supprimés par l'aspiration gastrique et dont le retour du transit s'est toujours fait dans des délais normaux. Le petit drain sous-hépatique est enlevé au cinquième ou sixième jour, le plus souvent sans incident, tout au plus entraînant un petit écoulement bilieux sans lendemain.

La durée d'hospitalisation, par rapport à celle des drainages externes, est réduite d'un tiers environ. En pratique privée, elle s'est échelonnée entre 11 et 14 jours pour tous les malades, sauf pour un, chez lequel un drainage modelant à la Kehr (obs. 24) avait été associé à la cholédoco-duodénostomie.

En pratique hospitalière, la date de sortie a été repoussée par des facteurs sociaux, plus que médicaux.

2) **La morbidité** s'est montrée très réduite puisque nous notons : un infarctus pulmonaire gauche au sixième jour (obs. 27), dont la résolution a été rapide,

un épisode d'asystolie au onzième jour (obs. 3), jugulé rapidement par la digitale,

une poussée azotémique, du quatrième au septième jour, régressant assez vite après rééquilibration ionique (obs. 4).

3) **Quant à la mortalité post-opératoire**, nous comptons deux décès :

— une embolie pulmonaire foudroyante au neuvième jour (obs. 22),

— une fistule duodénale, suivie d'une éviscération, avec exitus au treizième jour (obs. 26), chez un sujet porteur d'un ictère rétentionnel depuis un mois et demi, avec des tests hépatiques très perturbés et un état de pré-cirrhose éthylique avancé.

Il est probable que, quelle que soit la méthode employée chez ce malade, vu aussi tardivement et aux antécédents aussi péjoratifs, on s'exposait aux mêmes ennuis.

Ce taux de mortalité, de 7,5 %, nous paraît acceptable et même faible, compte tenu des mauvais cas auxquels la cholédoco-duodénostomie a été réservée.

Un troisième décès tardif, au trente-cinquième jour (obs. 7) ne peut pas être mis au passif de la cholédoco-duodénostomie : il s'agissait d'une femme de 67 ans, dont les suites abdominales et digestives furent parfaites. L'évolution aiguë d'une artérite des membres inférieurs associée nécessita, un mois plus tard, une amputation de la jambe gauche pour gangrène du pied, que la malade ne put supporter.

Nous reviendrons au chapitre des indications sur l'existence des conditions défavorables réunies dans ces observations. Disons cependant dès maintenant :

que l'âge moyen ne traduit qu'imparfaitement le fait que dans beaucoup de cas nombre d'opérés avaient dépassé 70 et même 75 ans.

qu'un tiers des cas correspondait à des réinterventions.

que dans 4 cas existaient des fistules cholécysto-duodénales ou cholécysto-coliques (obs. 3, 4, 15, 26).

et qu'ainsi la qualité des résultats immédiats souligne davantage la béginité de la cholédoco-duodénostomie.

B. — LES RÉSULTATS TARDIFS

1) **L'enquête** que nous avons menée en décembre 1962 et janvier 1963, auprès des malades qui ont subi une cholédoco-duodéno-stomie, nous a permis d'étudier les résultats éloignés de 21 cas, c'est-à-dire 2/3 de nos opérés. En effet nous avons éliminé 3 opérés récents pour lesquels le recul est inférieur à 6 mois (obs. 28, 29, 30) qui cependant présentent actuellement un excellent résultat ; deux malades ont été rapidement perdu de vue après leur intervention et ne purent être retrouvés au cours de cette enquête (obs. 4, 6). Quant à l'observation 19 le décès est survenu vraisemblablement à la suite d'infarctus du myocarde alors que son état biliaire que nous avons pu suivre pendant 1 an 1/2 après l'intervention était excellent.

Sur ces 21 malades, 14 ont été revus et examinés en consultation, les 7 autres ont répondu à un questionnaire précis portant essentiellement sur :

— la persistance ou la disparition des troubles antérieurs à l'intervention ;

— la qualité des digestions ;

— la nécessité ou non de suivre un régime plus ou moins strict ;

— l'existence ou non de crises angiocholitiques, d'ictères ou de phénomènes douloureux ;

— la reprise du poids ;

— la nécessité éventuelle d'une nouvelle intervention ;

— la reprise d'une activité professionnelle n'est pas entrée en ligne de compte étant donné l'âge moyen de nos opérés.

Par contre en l'absence de troubles caractérisés nous avons attaché une importance toute particulière à l'impression de satisfaction totale ou partielle formulée par les malades.

2) Dans l'appréciation des résultats, le **recul par rapport à l'opération** est capital :

4	d'entre eux ont été opérés il y a plus de 5 ans
7	— — — — — 3 ans
6	— — — — — 2 ans
3	— — — — — 1 an
1	— — — — — 6 mois

Donc plus de la moitié des malades que nous avons revus (11 cas) ont un recul de plus de 3 ans.

3) Nous avons divisé les résultats en 3 groupes :

a) **résultats excellents** : au nombre de 16, c'est-à-dire 76 %, correspondant à des malades qui ont vu tous leurs troubles antérieurs disparaître, qui n'accusent aucune douleur pouvant être rapportée à la maladie des voies biliaires, dont les digestions sont excellentes, l'état général normalisé, qui ne suivent plus aucun régime alimentaire ou qui évitent simplement les œufs et les graisses par principe. Sur ces 16 malades 10 ont repris du poids.

Ces résultats correspondent aux observations 1 et 3 avec un recul d'au moins 5 ans.

8, 9, 12, 13, 14 avec un recul d'au moins 3 ans.

15, 16, 18, 20, 21 avec un recul d'au moins 2 ans.

Observations 23, 24, 25 avec un recul d'au moins 1 an.

Observations 27 avec un recul d'au moins 6 mois.

Nous avons noté, comme déjà Monsieur MALLET-GUY l'avait signalé, des **résultats qui n'ont été que secondairement parfaits**, ou pendant un délai post-opératoire des troubles fonctionnels, des douleurs, voire même quelques petites crises d'angiocholite ont fait redouter un échec de l'intervention. Il s'agit des observations 9, 16, 24 dont le résultat excellent a été obtenu après un délai de 1 an (9, 16) et 3 mois (24).

b) **résultats moyens** : Ils sont au nombre de 3, c'est-à-dire 14 %, ils correspondent à des malades qui ont vu disparaître complètement les troubles qui les avaient conduits à l'intervention, dont la reprise de poids, l'amélioration générale sont très satisfaisantes, mais qui conservent une dyspepsie et parfois même quelques douleurs. Ils doivent s'astreindre à un régime.

Ces résultats correspondent aux observations :

5, avec un recul de plus de 5 ans.

10, avec un recul de plus de 3 ans.

17, avec un recul de plus de 2 ans.

La malade de l'observation 5 qui a présenté 3 petites crises d'angiocholite sans lendemain 6 mois après l'intervention, si elle accuse ni douleurs ni vomissements, se plaint surtout de diges-

tions pénibles nécessitant un régime assez strict et se déclare très moyennement satisfaite. Néanmoins son état général est florissant et elle a repris 15 kilogs.

L'observation 10 est celle d'une malade qui accuse des troubles dyspeptiques intermittents, de petits spasmes douloureux brefs, survenant sans horaire précis en rapport sans doute avec une mise en tension intermittente des voies biliaires. Elle se déclare néanmoins très améliorée mais incomplètement guérie.

Le malade de l'observation 17, accuse encore des digestions lentes, nécessitant un régime assez strict, son état général est encore moyen et il n'a pas repris de poids. Cependant il se dit transformé par rapport à son état antérieur, qui l'avait conduit à la morphinomanie. Depuis l'intervention il a complètement abandonné cette habitude avec la disparition des douleurs cholédo-ciennes.

c) **résultats médiocres** : sont au nombre de deux : soit 9 %.

Observation 2 avec un recul de plus de 5 ans.

Observation 11 avec un recul de plus de 3 ans.

Chez ces malades ou bien les crises d'angiocholites persistent ou sont apparues, ou bien les douleurs et la dyspepsie sont majeures ou chroniques ou bien l'état général n'a pas été amélioré.

La malade de l'observation 2 sur un fond de dyspepsie chronique, continue à présenter 3 ou 4 crises d'angiocholite par an d'intensité moyenne. Son poids reste en-dessous de la normale, cependant cette malade n'a pas d'oblitération de son anastomose sur des contrôles radiographiques de décembre 1962.

L'observation 11 est celle d'une malade, qui malgré une reprise de poids de 7 kg accuse des digestions douloureuses avec ballonnements sur lesquels se greffent des crises d'angiocholite peu intenses et peu fréquentes (une tous les 6 mois). Subjectivement cette malade se déclare insatisfaite et non améliorée par son intervention mais chez elle un terrain névro-pathique est indiscutable.

Parmi ces résultats médiocres nous n'avons cependant jamais rencontré la grande crise d'angiocholite qui par son intensité, sa répétition ou son retentissement sur l'état général impose la réintervention. D'ailleurs sur notre statistique de 21 cas suivis tardivement, aucun n'a justifié une nouvelle intervention sur les voies biliaires.

d) il nous paru d'ailleurs intéressant d'inventorier le **gain pondéral** de chaque malade : ainsi on note :

qu'un opéré a repris plus de 29 kg ;

2 opérés ont repris plus de 15 kg ;

4 opérés ont repris plus de 10 kg ;

5 opérés ont repris plus de 5 kg.

4) **Problème de la perméabilité tardive de l'anastomose.**

Nous avons par ailleurs essayé d'étudier s'il existe une relation entre la qualité des résultats et la perméabilité tardive de l'anastomose. Pour cela nous avons fait pratiquer des radiographies gastro-duodénales chez 4 de nos malades selon la technique décrite par Monsieur MALLET-GUY et deux cholangiographies.

Ces différentes radiographies ont été pratiquées avec un recul post-opératoire de :

5 ans pour trois,

3 ans pour une,

2 ans pour une,

1 ans pour une.

Des incidents divers nous ont empêché de réaliser un plus grand nombre de contrôles.

Dans l'observation 3 (recul de 5 ans) il existe un reflux manifeste dans le canal hépatique et ses deux branches ; l'hépatique atteint le volume d'un pouce. Sur le 5^e film on note une bonne vidange sans stase. Conclusion : l'anastomose est perméable après 5 ans. Etablie pour mauvais état général et lithiase importante et diffuse, elle correspond à un excellent résultat clinique.

Dans l'observation 13 (recul de 3 ans) le reflux est peu important et n'intéresse que l'hépatique qui est de calibre normal. Sur le 5^e cliché l'évacuation s'avère satisfaisante. Conclusion : l'anastomose est perméable après 3 ans, établie chez une obèse cardio-pulmonaire avec oddite certaine pour laquelle un drainage de Kehr, 6 ans auparavant, n'avait donné qu'une guérison de 4 ans ; le résultat clinique peut être considéré comme excellent.

Observation 18 (recul de 2 ans 1/2).

On note déjà sur le film sans préparation la présence d'air desinant un gros hépatique et après ingestion barytée, un gros

reflux dans les ramifications intra-hépatiques. Le canal hépatique reste du volume d'un gros pouce, mais l'évacuation sur le dernier cliché se fait de façon satisfaisante.

Conclusion : Cette anastomose perméable après 2 ans 1/2 effectuée essentiellement pour l'âge et un état hépatique de pré-cirrhose correspond à un bon résultat clinique puisque la reprise de poids a été de 19 kilogs, malgré un foie toujours dur et augmenté de volume.

Observation 23 (recul d'un an) : sur le film simple, l'air injecte bien l'hépatique et ses 2 branches ; sur les films 2, 3, 4, le canal hépatique reste dilaté et les arborisations intra-hépatiques surtout droites injectées signent un important reflux. Sur le film 5, l'évacuation est satisfaisante.

Conclusion : Cette anastomose perméable depuis plus d'un an, effectuée essentiellement pour l'âge (75 ans) donne un bon résultat clinique.

Ainsi donc sur 4 contrôles de l'anastomose par radiographies gastro-duodénales nous avons 4 anastomoses fonctionnelles avec bons résultats cliniques après un délai de 5 à 1 an.

Chez les 2 malades qui sont beaucoup moins satisfaits et dont les résultats peuvent être considérés l'un comme médiocre, l'autre comme moyen nous avons pu faire pratiquer des cholangiographies.

Dans l'observation 2, malade ayant fait depuis 2 ans, 4 à 5 accès nets d'angiocholite on note sur le film simple sans préparation que les voies biliaires sont injectées par l'air. 15 minutes après l'injection le cholédoque est visible restant dilaté. Après 30 minutes il s'est bien évacué dans le duodénum. Il est cependant difficile de préciser l'aspect du bas cholédoque.

Conclusion : après un recul de plus de 5 ans il semble que l'anastomose est perméable. Celle-ci a été réalisée en raison de l'âge, de l'importance et de la diffusion de la lithiase. Le résultat clinique médiocre aurait pu nous faire penser à une oblitération ; peut-être s'agit-il d'un rétrécissement secondaire avec stase relative.

Dans l'observation 5, le cholédoque sur le film sans préparation est dessiné par l'air du volume d'un petit doigt ; après injection aucune élimination n'est visible, même après 45 minutes, même après morphine.

Nous pouvons donc conclure après un recul de 5 ans que l'anastomose semble encore perméable ; celle-ci a été réalisée essentiellement en raison de l'âge et d'un état cardiaque déficient et aussi pour une oddite scléreuse. Cette malade de 76 ans actuellement moyennement satisfaite de son intervention dont les troubles dyspeptiques, persistent, peut-être considérée comme un résultat acceptable étant donné la reprise de poids de 15 kilogs.

En conclusion : Notre « sondage » radiologique qui a porté sur 6 malades dont 5 avaient des résultats favorables, un seul un résultat médiocre, a montré que dans tous les cas l'anastomose était perméable. Cependant ce sondage est trop partiel pour qu'on puisse l'utiliser pour argumenter le problème de l'oblitération secondaire précoce ou tardive de l'anastomose. On peut peut-être seulement conclure que l'oblitération a été rare puisque nos contrôles radiologiques ont été faits au hasard sur des malades présentant déjà un recul important.

D'autre part les reflux duodéno-biliaires constatés n'ont jamais été nocifs à nos opérés.

CHAPITRE IV

NOS INDICATIONS OPÉRATOIRES

Précisions d'emblée que cette étude a été limitée strictement aux cholédoco-duodénostomies pratiquées dans la lithiase biliaire, essentiellement d'ailleurs cholédocienne (27 observations de lithiase cholédocienne pour 3 observations de lithiase vésiculaire). Nous avons éliminé les 9 cas où l'anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale a été utilisée :

- soit pour tumeur,
- soit pour pancréatite isolée,
- soit pour des lésions disparates : diverticule duodéal responsable d'angiocholite, hydatidose, etc...

Nos indications ont généralement répondu aux règles classiques sans aucun esprit systématique. Nous pouvons classer, évidemment un peu artificiellement les raisons qui nous ont amenés à faire une cholédoco-duodénostomie en facteurs d'ordre local et facteurs d'ordre général.

A. — LES FACTEURS GÉNÉRAUX

1) **L'âge avancé** est souvent à lui seul, une raisons suffisante pour décider d'une cholédoco-duodénostomie.

Elle est alors réalisée dans le but d'éviter une déperdition biliaire, bien qu'actuellement les moyens modernes de réanimation et de rééquilibration ionique permettent de minimiser les conséquences néfastes d'une telle spoliation.

Deux observations illustrent ce fait :

Mme Pay... (obs. 12), opérée à 80 ans d'une lithiase cholédocienne sans obstacle relatif associé à des suites opératoires d'une parfaite simplicité, et, après un recul de trois ans, un résultat excellent avec une reprise de poids de 13 kilogs.

Mme Vil... (obs. 23), 75 ans : cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne sans obstacle associé à des suites opératoires sans aucun incident et un bon résultat après un recul de plus d'un an.

Le facteur âge n'est pas toujours isolé, mais on le retrouve très fréquemment chez nos opérés, puisque leur âge moyen est de plus de 65 ans au moment de l'intervention.

Nous avons :

- 1 cas de 80 ans,
- 5 cas de plus de 75 ans,
- 6 cas de plus de 70 ans,
- 6 cas de plus de 65 ans,
- 6 cas de plus de 60 ans,
- 3 cas de plus de 55 ans.

2) **Le mauvais état général** : (amaigrissement important et récent), **un état cardio-vasculaire, pulmonaire ou rénal déficient**, représentent aussi d'excellents arguments plaçant en faveur de la cholédoco-duodénostomie.

C'est ainsi que nous avons :

— 1 malade (obs. 4) porteuse de séquelles d'hémiplégie droite, datant d'un an avant son intervention.

— 1 malade (obs. 5) présentant de gros signes électriques témoignant d'un infarctus du myocarde datant d'un an.

— 1 malade (obs. 7), artéritique, dont l'état vasculaire a nécessité une amputation de jambe, un mois après la cholédoco-duodénostomie.

— 1 malade (obs. 19), coronarienne avec signes électriques indiscutables et petit diabète associé.

— 1 malade (obs. 28), présentait un gros emphysème avec retentissement cardiaque marqué.

Sauf peut-être pour la dernière observation, ces facteurs n'ont pas à eux seuls emporté la décision, mais étaient souvent associés à d'autres, en particulier d'ordre local.

3) Un autre facteur péjoratif est constitué par **un mauvais état hépatique** qui a souvent plaidé en faveur de la cholédoco-duodénostomie.

a) **soit par l'ancienneté de l'ictère.**

Nous en avons 2 observations :

Observation 14 : homme de 67 ans ictérique depuis plus d'un mois par lithias cholédocienne avec oddite scléreuse associée.

Observation 26 : homme de 64 ans, porteur d'une lithias cholédocienne, soigné aussi pour éthylisme avec cirrhose et dont l'ictère remontait à plus de 1 mois et 1/2. C'est probablement à la défaillance hépatique qu'il faut attribuer le décès au treizième jour.

b) **soit par des antécédents éthyliques :**

Observation 18 : homme de 72 ans opéré pour lithias cholédocienne avec foie dur de pré-cirrhose antérieur à l'obstruction biliaire.

c) **quant à l'angiocholite**, elle entre dans le cadre des facteurs généraux par le retentissement qu'elle y entraîne. Finsterer a d'ailleurs bien montré que la cholédoco-duodénostomie reste le moyen de drainage le plus valable dans ces cas. Ils sont actuellement extrêmement rares, les crises d'angiocholite cédant le plus souvent aux antibiotiques. Une de nos malades seulement (obs. 20) fut opérée en pleine poussée bilio-séptique et cet état plaida en faveur de la cholédoco-duodénostomie chez cette malade de 46 ans.

B. — LES FACTEURS LOCAUX

Diverses conditions locales nous ont fait opter pour la cholédoco-duodénostomie.

1°) **Notion d'une lithias diffuse et importante.**

Cette notion englobe pour nous les lithias boueuses, les lithias friables, les lithias intra-hépatiques, les empierrements de la voie biliaire principale, et même ces états de dilatation cholédocienne avec épaissement et incrustation lithiasique pariétale, cas où il est toujours difficile, malgré les investigations radiologiques et instrumentales répétées, d'obtenir la certitude d'un nettoyage complet du cholédoque.

Logiquement le drainage interne s'impose ici, dans le but, non seulement de simplifier les suites immédiates et éloignées (calculs oubliés toujours possible) mais aussi d'éviter de nouvelles récurrences lithiasiques qui sont d'autant plus à craindre qu'il existe souvent dans ces cas une réaction oddienne. La sphinctérotomie représente l'acte logique puisqu'elle assure en même temps ce drainage interne et le geste oddien direct. Cependant, dès qu'il s'ajoute à cette notion de lithiasie diffuse, soit des facteurs généraux, soit des facteurs locaux péjoratifs, nous préférons la cholédoco-duodénostomie.

C'est ainsi que 10 de nos interventions ont été pratiquées suivant cette optique: observations 1, 2, 3, 11, 15, 16, 17, 19, 24, 30.

Parmi elles, l'observation 2 semble la plus démonstrative. Il s'agissait d'un véritable empierrement du cholédoque dont on retira plus de 70 calculs; ce fait joint à l'âge avancé du malade (69 ans) nous fit opter pour la cholédoco-duodénostomie.

Par ailleurs dans l'observation 24 il existait une importante micro-lithiasie intra-hépatique (80 calculs au moins) localisé principalement dans le canal hépatique gauche et ses branches. Le drain de Kehr fut associé à la cholédoco-duodénostomie pour modeler un rétrécissement relatif du canal hépatique.

2°) Notion d'un obstacle relatif associé à la lithiasie.

Qu'il s'agisse d'une sclérose oddienne ou d'une pancréatite, il est encore logique de discuter le drainage interne dans le but d'éviter la stase et ainsi la récurrence lithiasique et éventuellement une fistule externe prolongée toujours néfaste consécutive au simple drainage de Kehr.

a) L'oddite scléreuse :

Nous avons retenu ce diagnostic dans un certain nombre de cas; l'absence du contrôle biopsique ne nous permet pas d'affirmer qu'il s'agissait toujours d'oddite scléreuse, mais différents critères rendaient cet obstacle plausible: importance de l'ectasie des voies biliaires non justifiée par un calcul oblitérant, lithiasie boueuse de stase, aspect radiologique de la terminaison cholédocienne, pressions de passage élevées. Enfin nous avons attaché une certaine importance à la constatation instrumentale d'une certaine sclérose de la traversée sphinctérienne.

Lorsque la notion d'oddite scléreuse paraît alors établie, elle devrait en principe conduire à un geste direct sur la papille après duodénotomie. Ce point de vue admis actuellement par la très grande majorité des auteurs est évidemment le nôtre ; cependant nous avons refusé la sphinctérotomie à des malades âgés ou porteurs de facteurs généraux ou locaux péjoratifs (obésité, difficultés opératoires) et opté pour la cholédoco-duodénostomie que nous estimons beaucoup plus bénigne.

C'est le cas de 11 de nos observations qu'il s'agisse d'oddite associée à la lithiase vésiculaire simple (observations 4 et 25) à la lithiase cholédocienne (observations 14, 22, 29, 30) ou surtout d'oddite résiduelle découverte au cours de réinterventions (observations 7, 10, 11, 13, 20).

b) Les Pancréatites.

Il s'est agi d'une éventualité infiniment plus rare. Dans nos 30 observations on ne trouve signalé que 2 fois l'existence de lésions nettes de pancréatite (observations 6, 9) et encore 1 seul de ces 2 cas représentait un facteur de sténose cholédocienne relative :

C'est le cas de l'observation 9, femme de 56 ans qui après un échec de drainage de Kehr pour lithiase cholédocienne avec pancréatite a dû être réopérée 6 mois plus tard pour persistance de phénomènes douloureux. Devant la découverte d'un cholédoque toujours aussi dilaté et de lésions de pancréatites marquées, une cholédoco-duodénostomie fut pratiquée ; c'est un de nos résultats excellents secondairement avec un recul de 3 ans 1/2.

Nous ne voulons pas reprendre à ce sujet la discussion des indications de la cholédoco-duodénostomie dans les états de pancréatite ; il est bien certain que dans le cadre strict de la maladie lithiasique biliaire, auquel nous nous sommes limités, les lésions pancréatiques associées sont habituellement régressives par le simple traitement correct de la lithiase et éventuellement par le drainage externe. Néanmoins si un état de sténose et d'hypertension biliaire paraît directement d'origine pancréatique, l'effet au moins temporaire d'une anastomose interne ne peut qu'être favorable.

3°) **Notion de réintervention :**

Notre statistique comporte 10 cholédoco-duodénostomies réalisées au cours de réinterventions chez des malades opérés antérieurement soit dans le Service (6 cas) soit ailleurs (4 cas). Ils correspondent :

1) **soit à des récives lithiasiques :**

- après cholécystostomie (observation 5),
- après cholécystectomie (observations 8, 10, 11, 17, 24).

Dans ces cas une oddite scléreuse était le plus souvent associée.

2) **soit à une oddite résiduelle** après échec de drainage de Kehr pour lithias cholédocienne (observations 7, 13), soit après échec de sphinctérotomie pour calcul enclavé (observation 20).

3) **soit à une pancréatite résiduelle** (observation 9 déjà citée).

L'importance de ce nombre de réinterventions avec cholédoco-duodénostomie montre bien que pour nous l'échec d'une intervention antérieure est un facteur qui nous pousse à pratiquer une cholédoco-duodénostomie lorsqu'elle est réalisable.

CHAPITRE V

PLACE RÉSERVÉE A LA CHOLÉDOCO-DUODÉNOSTOMIE DANS NOTRE STATISTIQUE GÉNÉRALE DE CHIRURGIE BILIAIRE

I. — Nos 30 observations de cholédoco-duodénostomie dans la lithiase, 27 pratiquées pour lithiase cholédocienne, 3 pour lithiase vésiculaire s'intègrent dans un groupe de **685 interventions biliaires** réalisées de février 1950 à janvier 1963 dans le service du Docteur MELEY et dans sa pratique privée.

Il n'est pas dans notre but de discuter les indications des différentes méthodes qui ont été utilisées, mais il nous a paru intéressant d'en chiffrer la proportion relative sur l'ensemble des interventions. Plus qu'une argumentation toujours discutable, cette étude comparative permet de mesurer l'éclectisme qui a présidé à nos indications opératoires.

Il est intéressant de constater que dans cette période ont été réalisés :

138 drainages à la Kehr, dont 107 pour lithiase cholédocienne.

54 sphinctérotomies dont 34 pour lithiase de la voie biliaire principale, 18 pour lithiase vésiculaire ou syndromes post-cholécystectomie, 2 pour oddite pure.

II. — Ces chiffres appellent quelques réflexions :

En premier lieu, il semble que nous ayons fait de la méthode de SASSE un emploi mesuré, dans les normes où les indications en avaient été tracées par Monsieur MALLET-GUY. Nous repoussons

en effet l'indication systématique de cholédoco-duodénostomie proposée par certains auteurs allemands et plus récemment, en France, par CABY, car il est important de respecter au maximum l'anatomie et la physiologie du tractus biliaire et de ne réaliser une cholédoco-duodénostomie que lorsque les autres gestes sont impossibles ou semblent trop dangereux.

D'autre part, la cholédoco-duodénostomie ne doit pas être considérée comme un moyen de facilité pour terminer une intervention biliaire et de toutes façons chaque fois que l'on y a recours, le principe absolu du traitement de toute lithiase cholédocienne persiste : l'ablation nécessaire de tous les calculs.

La méthode de Kehr reste pour nous, malgré ses imperfections la façon la plus fréquente de terminer les interventions cholédociennes.

La cholédocotomie idéale avec suture primitive du cholédoque exige un ensemble de conditions très strictes. Nous n'en n'avons pas l'expérience.

Quant à la sphinctérotomie, nous la considérons toujours comme un facteur opératoire additionnel de gravité indiscutable et c'est pour cette raison, comme nous l'avons déjà dit, que nous la refusons à des sujets âgés ou fragiles qui ne pourraient en faire les frais, ou lorsque les conditions anatomiques locales s'y prêtent mal, même s'il s'agit d'une indication valable comme l'oddite scléreuse.

La sphinctérotomie en effet n'a à notre point de vue, conformément aux idées de Monsieur MALLET-GUY et de son école, que des indications bien précises (calculs enchatonnés difficiles à extraire, surtout de l'ampoule de VATER, oddite scléreuse de DEL VALLE) ; nous ne les avons pas élargies ces dernières années à la manière de certains auteurs.

En ce qui concerne les autres méthodes d'anastomose interne, en particulier la cholédoco-jéjunostomie, notre expérience dans la lithiase est très réduite (2 observations). De toutes façons elle est de réalisation beaucoup plus complexe et les conditions générales défavorables sont à nos yeux un argument suffisant pour y renoncer.

Ainsi la cholédoco-duodénostomie nous semble réservée essentiellement aux vieillards et aux sujets tarés ne pouvant faire les frais d'une opération longue et difficile. La méthode de SASSE est en effet une façon élégante de sauver le malade par un geste simple, rapide, qui restera toujours bénéfique pour nombre de lithiasiques âgés.

La diffusion de la lithiase, un obstacle relatif qu'on hésite à traiter par un geste direct, et la notion de réintervention pour récurrence sont d'autres facteurs qui nous orientent vers ce choix.

CONCLUSIONS

1) Ce travail rapporte trente observations de cholédoco-duodénostomie d'indication relative pour lithiasé biliaire, le plus souvent cholédocienne.

2) Les conditions locales exigées étant évidemment remplies, les indications opératoires se sont inspirées des règles classiques : en dehors de l'âge avancé, c'est essentiellement la présence de lésions associées à la lithiasé, en particulier l'oddite scléreuse ou la constatation d'une lithiasé boueuse ou diffuse pouvant réaliser l'empierrement cholédocien qui ont motivé la décision de drainage interne.

A noter qu'une fois sur trois l'indication de cholédoco-duodénostomie a été posée pour des récidives après échec secondaire ou tardif d'une première intervention pour lithiasé.

3) L'analyse aussi objective que possible des faits observés autorise à dégager un jugement très favorable : en effet pour une série de cas difficiles, et comportant des risques importants, la mortalité opératoire s'est avérée relativement faible (7 %), les suites immédiates furent le plus souvent simples, enfin, les résultats tardifs se montrent excellents dans 76 % des cas. Aucun de nos opérés n'a dû faire l'objet de réinterventions sur les voies biliaires et le spectre de l'angiocholite grave ne s'est jamais manifesté dans cette série.

4) Nous ne pensons pas cependant que la qualité des résultats doive inciter comme l'ont préconisé certains auteurs à multiplier les indications de la cholédoco-duodénostomie car elle crée, malgré tout, une anomalie dont il est toujours souhaitable de se passer :

- en l'absence d'obstacle relatif,
- si cet obstacle peut être traité directement,
- si les conditions d'âge, d'état général et d'état anatomique permettent ce traitement radical.

5) Ces résultats viennent s'inscrire dans la ligne déjà importante des bilans apportés par les partisans de ce mode de drainage interne et soulignent une fois de plus la valeur et la place intéressante de la cholédoco-duodénostomie dans certains cas difficiles de la lithiase biliaire.

Vu et approuvé :

Le Doyen,

H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,

P. MALLET-GUY.

Vu et Permis d'imprimer.

LYON, le 1^{er} Mars 1963

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les références antérieures à 1943, se reporter à la thèse de MARION P., Lyon, 1943.

ALBOT G. et POILLEUX F. — Lithiase du cholédoque. Lésions para-lithiasiques. Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, 1959, un volume, Masson, édit.

D'ALLAINES F. — Sur la cholédoco-duodénostomie. Mém. Acad. Chir., 1943, 69, 31-32, 576-577.

D'ALLAINES F., PATEL J. et SEYER J. — Lithiase et modes de drainage de la voie biliaire principale. Mém. Acad. Chir., 25 oct. 1944, 70, 27-28, 345-349.

D'ALLAINES F. et PATEL J. — Lithiase et modes de drainage de la voie biliaire principale. Mém. Acad. Chir., 8 mai 1946, 72, N° 13, 14-15, 248-250.

AMELINE. — La place de la cholédoco-duodénostomie dans la lithiase de la voie principale. Mém. Acad. Chir., 11 mars 1953, 79, 10-11-12, 263-266.

ANTONINI R., AREZIO G., CABRINI G. et MAZZOLI R. — Modifications du système hépato-biliaire et du duodénum après cholédoco-duodénostomie. Minerva Chir., 15 avril 1958, 13, 7, 417-424.

ARIANOFF A. et GELIN A. — Les réinterventions sur les voies biliaires. Rapport au 11^e Congrès Belge de chirurgie. Acta Chirurgica Belgica, 25 mai 1957. Sup. 1, 5, 214.

ARIANOFF A., FIERENS et Coll. — Anastomoses bilio-digestives et sphinctérotomie. Le Scalpel. 23 juill. 1960, AN 113, 30 et AN 113, 31.

AYARI H. et CAROLI J. — La récurrence lithiasique cholédocienne et les empièvements calculeux du cholédoque. Arch. Mal. App. Dig. Juin 1955, 44, 6, 788-795.

- AYARI H. et CAROLI J. — Contribution à l'étude des récidives authentiques de cholédoco lithiase. Arch. Mal. App. Dig. Juin 1955, 44, 6, 795-802.
- AYARI H. et CAROLI J. — Avenir de la cholédoco lithiase opérée. Arch. Mal. App. Dig. Juillet-août 1955, 44, 7-8, 891-898.
- BACCAGLINI G. — Réflexions sur le traitement de la calculose du cholédoco. Lyon Chir. Fév.-mars 1954, 49, 2, 248-249.
- BACCHINI I. et NOBILE F. — Les réinterventions dans l'échec de la cholédoco-duodénostomie. Minerva Chir. 15 août 1960, 15, 15, 767-769.
- BALLIVET. — Cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne compliquée d'angiocholite. Lyon Chir. 1944, 39, 4, 509-516.
- BARRAYA L. et MINICONI D. — Fonctionnement des anastomoses bilio-digestives. Résultats immédiats et éloignés. Arch. Mal. App. Dig. Juin 1955, 44, 6, 837.
- BECKER B. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires avec considération particulière de la cholédoco-duodénostomie externe. Beitr. Kin. Chir., 1950, 180, 1, 45-60.
- BERNHARD F. — Comment procéder à la cholédoco-duodénostomie externe. Deut. Zschr. Chir., 1943, 257, 9-12, 573-596 et Deut. Med. Wochenschrift., 1950, 760.
- BEZES H. — Récidives après cholécystectomies. Thèse, Lyon, 1948.
- BINKLEY F. — Implantation expérimentale de la voie biliaire commune dans l'intestin. Surg. Gyn. Obst., 1947, 84, 697-708.
- BONCOUR R. — La sulfamidothérapie intra-biliaire dans les suites des cholédoco-duodénostomies. Presse Médicale, 26 oct. 1946, 51, 713.
- BROCQ P. et POILLEUX F. — Sur le traitement de la lithiase cholédocienne. Mém. Acad. Chir., Mai 1945, 71, 13-14-15, 204-209.
- BROCQ P., POILLEUX F. et COHEN. — La lithiase cholédocienne. Résultats opératoires. Mém. Acad. Chir., Mars 1953, 79, 10-11-12, 251-255.
- BRUCKE H. — Les interventions sur les voies biliaires. Un volume Monographie. Mandrich, éditeur. Vienne, Bonn, 1956.

- BRUN. — Cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne compliquée d'ictère chronique. *Lyon Chir.*, 1944, 39, 4, 509-516.
- BRUMMELKAMP W.H. — Le problème de la largeur à donner aux cholédoco-duodénostomie. *Archivum Chir. Neerlandicum.*, 1961, 13, 3, 197-206.
- BUQUET J.A. — Cholédoco-duodénostomie externe. Technique opératoire. *Pressa Med. Argent.*, 14 déc. 1956, 50, 3661-3670.
- BURKERT E. Elargissement de l'indication de la cholédoco-duodénostomie, en particulier en gériatrie. *Chirg.*, Mai 1958, 5, 216-218.
- BURT L. — La cholédoco-duodénostomie dans les maladies des voies biliaires et du pancréas. *Med. J. Austral.*, 6 juin 1953, 40, 23, 805-807.
- CABY F., BAUDRY G. et ODENT M. Résultats éloignés des cholédoco-duodénostomies pour lithiase cholédocienne. *Mém. Acad. Chir.*, 30 mai 1962, 88, 18-19, 542-548.
- CALZOLARI T. Cholédoco-duodénostomie et anastomoses bilio-digestives. *Arch. Ital. Chir.*, 1954, 78, 5, 395-407.
- CANERINI A. et FORTUNELLI. — Le reflux duodéno-biliaire dans les cholédoco-duodénostomies. *Annali Ital. di Chirg. (Bologne)*, 37, 4-3.
- CAPPER W.M. — Cholédoco-duodénostomie externe. *Brit. J. Surg.*, Nov. 1961, 49, 215-292-300.
- CARCASONNE F. et M. — Le choix du drainage dans la lithiase biliaire. Journées méditerranéennes de gastro-entérologie. Mai 1955. *Arch. Mal. App. Dig.*, 108, 110.
- CLAVEL Ch. et JACQUEMET. — Bile blanche et cholédoco-duodénostomie. *Lyon Chir.*, 1944, 39, 4, 518-520.
- CLAVEL Ch. et FOURRIER. Du drainage externe de la bile associé à la cholédoco-duodénostomie. *Lyon Chir.*, Mars-Avril 1947, 42, 2, 229-234.
- CLAVEL Ch. — Le cholédoque deshabité. *Lyon Chir.* 1959, 55, 5 781-783.
- CHALNOT P. et GRODIDIER J. — Le traitement de la lithiase biliaire. *Revue Méd. Nancy*, Janv. 1961, 82-86.

- CHAMPEAU M. et PINEAU P. Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson. Un volume, Masson, édit., 1952.
- CSINK L. et IMRE J. — Notre expérience des anastomoses bilio-digestives. Arch. Klin. Chir., 1961, 297, 167-171.
- DEDEU R.A. et BRAIER L.O. — La cholédoco-duodénostomie. Une tendance vers l'extension de ses indications. Pressa Med. Argent., 3 mars 1961, 48, 9, 527-529.
- DELANNOY E. — Lithiase et modes de traitement de la voie biliaire principale. Mém. Acad. Chir., 13 fév. 1946, 72, 4-5-6, 83-84.
- DELANNOY E. et DECOULX P. — Trois cas de lithiase du cholédoque traités par cholédoco-duodénostomie. Lille Chirg., 12 avril 1946.
- DELANNOY E. et LAGACHE G. — A propos des calculs du cholédoque. Etude critique de 42 cas. Lille Chirg. Juill. 1953, 8, 4, 157-160.
- DEMEL R. — Etat des voies biliaires après cholédoco-duodénostomie. Klin. Med., 15 oct. 1947, 20, 955-965.
- DEMEL R. — Traitement de la lithiase biliaire. Journal international de Chirurgie. Juillet 1950, 10, 4, 255-291.
- DEMEL R. — Cholédoco-duodénostomie. Presse Méd. 1951, 59, 81, 1712.
- DEMEL R. — Cholédoco-duodénostomie. Presse Méd. 1952, 60, 11, 220.
- DESJACQUES R. — Trois observations de cholédoco-duodénostomie. Lyon Chirg., 1944, 39, 4, 516-517.
- DESJACQUES R. et JACQUEMET. Deux observations de cholédoco-duodénostomie. Lyon Chir., Mars-Avril 1945, 40, 2, 272-273.
- DESPLAS B. — A propos du traitement de la lithiase du cholédoque. Mém. Acad. Chirg., 30 Mai 1945, 71, 17-18, 225-229.
- DETREIE P. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. Journ. Chir. Oct. 1961, 82, 4, 361-377.
- DIETRICH K.F. — A propos de la mise en évidence de la cholédoco-duodénostomie par injection intra-duodénale de substances opaques. Fortschr. Geb. Röntgenstr. Août 1956, 85, 2, 243-244.

DUBARD J. et CHAUCHE. La cholédoco-duodénostomie, opération de sécurité. Presse Méd., 1956, 64, 85, 1977.

EBELING W. — Les anastomoses internes dans les opérations biliaires. Chir. 5 Déc. 1959, 49, 2028-2036.

FIGARELLA et BERNARD. — A propos des indications thérapeutiques dans la chirurgie du cholédoque. Marseille Chirurgical, Déc. 1956.

PI FIGUERAS J., ARTIGAS V.O., et AUFRES P. — La cholédoco-duodénostomie dans la lithiase de la voie biliaire principale. Revista Española de las enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición, 1949, T. 8, 5.

PI FIGUERAS J. — Technique de l'anastomose cholédoco-duodénale pour la lithiase de la voie biliaire principale. Iconographia chirurgica (EMC), 1960.

FINOCHIETTO R. et DEDEU R.A. Anastomoses bilio-digestives. Technique de la cholédoco-duodénostomie transversale. Semana Med., Déc. 1958, 113, 25, 1113-1118.

FINOCHIETTO R. et RABINOVICH M. — Cholédoco-duodénostomie transcholédocienne. Semana Med. 13 Juil. 1961, 119, 123-124.

FINSTERER H. — Peut-on recommander la cholédoco-duodénostomie pour le traitement des maladies des voies biliaires. Mém. Acad. Chir., Mai 1952. 78, 16-17, 499-502.

FIRICA Th. et ILIESCO G. — Le reflux duodénal et les infections biliaires ascendantes après cholédoco-duodénostomie. (Bucarest) Chirurgia, 1958, AN 7-5, 681-688.

FRANKE H. et HOFMANN R. — Notre expérience de la cholédoco-duodénostomie. (Berlin) Chirurg. Mai 1961, 32, 5, 227-230.

FRISCH A. — Sur les anastomoses des voies biliaires. Wien. Klin. Wochenschrift. Juil. 1956, 68, 27, 559-561.

FROSCHE H., REICHE et NAGEL. — Résultats éloignés de la cholédoco-duodénostomie. Zentrablatt für Chirg. (Leipzig). Août 1960, 85, 35.

- GARCIA-MORAN J. — Cholédocotomie, Cholédocorraphie, drainages externes et internes dans la lithiase cholédocienne. *Rev. Esp. Apar. Dig.* Déc. 1961, 20, 1353-1356.
- GARCIN J.P. et MARCHAND J. — A propos de 150 cas de chirurgie cholédocienne. *Annales de Chirg.* 1959, 13, 21-22, 1295-1305.
- GIESSMANN H. et DAMMANN F. — Sur les indications et le pronostic dans les interventions biliaires. *Bruns. Beit. zur Klin. Chirg.* 1956, 192, 4, 420-436).
- GORBON B. et GERCEK SK. — Principes de la cholédoco-duodénostomie. *Turk. Tip. Sem. Mec.* Avril 1961, 27, 205-218.
- GOTTLOB R. et GILLY T. — Sur les calculs restants dans le cholédoque. *Wiener Klin. Woch.* 20 Nov. 1953, 65, 47, 960-963.
- GRASSBERGER A. et SEYSS R. — Bilan tardif des cholédoco-duodénostomies. *Bruns. Beit. zur Klin. Chir. (Berlin)* 1960, 201, 3, 303-314.
- GREVE H.E. — Les séquelles de la chirurgie biliaire. *Dtsch. Med. Wschr.* 1960, 85, 262-265.
- GRIMOUD M. — Trois observations de cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne. *Lyon Chirg.* Juil. 1950, 45, 5, 612-613.
- GRIMOUD M. — Les risques opératoires dans la chirurgie biliaire des gens âgés. *Toulouse Méd.* Janv. 1962, 63, 52-56.
- HAFNER H. — Recherches sur la cholédoco-duodénostomie. *Helvetica Chir. Acta.* Oct. 1959, 26, 4, 334-358.
- HAMELMANN H. — Récidive après chirurgie de la lithiase biliaire. *Der Chirurg.* Janv. 1961, 32, 1.
- HARTL et RAINDL. — Sur les résultats de la cholédoco-duodénostomie, supra-duodénale. *Wiener Med. Wochenschr.* Juin 1951, 101, 24-25, 444-447.
- HAUTER A. — La position actuelle de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase de la voie principale. Thèse Paris 1958, N° 235.

HENRY E. et SARLES H. — Suites éloignées pour lithiase cholédocienne. Mém. Acad. Chir. Juin 1961, 87, 19-20, 562-571.

HEPP J. — A propos du traitement chirurgical de la lithiase cholédocienne. Mém. Acad. Chir. Mars 1953, 79, 10-11-12, 255-259.

HILPOSTEINER H. — Contribution à la technique de la cholédoco-duodénostomie Chirurg. Juin 1960, 6, 282-283.

JURADO P. et GONI-MORENO I. — A propos des lithiases intra-hépatiques. Anastomoses primaires cholédoco-duodénales. Bol. Soc. Cir. Buenos-Aires. Oct. 1961, 45, 728-729.

KAYABALI I. — Résultats du traitement chirurgical du syndrome des cholécystectomisés. Lyon Chir. 1961, 57, 4, 537-539.

KOURIAS B. et TOBLER A. — Sur les résultats éloignés des interventions biliaires (d'après 551 cas). Mém. Acad. Chir. Mai 1959, 85, 15-16, 447-452.

LASALA J. — Anastomoses bilio-digestives. Academia de cirurgia. Mai 1956, T. 9, 1, 30-38.

LASALA A.S. — Anastomoses bilio-digestives. La Prensa Medica Argentina. Février 1960. Vol. 47, 7.

LATASTE J. et CORNIER. — Les dilatations cholédociennes d'origine non tumorales. Arch. Mal. App. Dig. Avril 1961, 50, 4, 319-331.

LECOMTE R. — Les anastomoses bilio-digestives dans la lithiase de la voie biliaire principale. Thèse, Lille, 1962.

LOYDICE F. et CORRAO F. — Cholédoco-duodénostomie transversale rétro-duodénale. Sem. Ana. Méd. 10 mars 1955, 106, 10, 255-266.

MALLET-GUY P. — La place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne. Mém. Acad. de Chir., 1943, 69, 20-21, 335-342.

MALLET-GUY P. — Résultats fonctionnels des anastomoses bilio-digestives. 48^e Congrès Assoc. Fr. de chirurgie, 11 oct. 1945.

- MALLET-GUY P. — Lithiase et mode de drainage de la voie biliaire principale. Mém. Acad. de chirurgie, 27 mai 1946, T. 72, 10-11-12, p. 183-185.
- MALLET-GUY P. et BEZES H. — Réinterventions pour récidives après cholécystectomies. Technique et résultats. Lyon Chir. 1949, 44, 4, 419-434.
- MALLET-GUY P. et DESCOTES J. — Enquête sur les résultats éloignés de cent cholédoco-duodénostomies d'indication relative. Lyon Chirg. Août-Sept. 1955, 50, 6, 659-666.
- MALLET-GUY P., EICHOLZ et DEDEU. — Compressions cholédociennes par pancréatites chroniques. Diagnostic et traitement. Lyon Chirg., 1952, 47, 3, 279-304.
- MALLET-GUY P. et GANGOLPHE M. — Les indications respectives des diverses interventions dans la lithiase cholédocienne (d'après 100 cas opérés en 2 ans). Mém. Acad. de chirurgie, 14 janvier 1953, T. 79, 1-2-3, p. 60-65.
- MALLET-GUY P. et GANGOLPHE M. — Le risque opératoire dans la lithiase cholédocienne. Indications fournies par le choix d'une technique. Lyon Chir. Avril 1953. T. 48, 3, 301-321.
- MALLET-GUY P. et JAUBERT de BEAUJEAU M. — Sur l'association d'un drainage biliaire externe à la cholédoco-duodénostomie d'indication relative. Lyon Chir. Mars-Avril 1947, 42, 2, 237-240.
- MALLET-GUY P. et MARION P. — La cholédoco-duodénostomie d'indication relative. Doin et Cie, édition 1943.
- MALLET-GUY P. et MARION P. — Résultats fonctionnels éloignés de la cholédoco-duodénostomie d'indication relative. Revue du foie, 1944, 3, 217-230.
- MALLET-GUY P. et MARION P. — Lithiase et modes de drainage de la voie biliaire principale. Mém. Acad. Chir. 1945, 71, 19, 278-282.
- MALLET-GUY P., MICHOUPLIER J., BOSSER C. et FEROLDI J. — Pancréatite chronique et récidivante. Diagnostic précoce et traitement chirurgical. Un volume. Masson, édit. 1962.
- MALLET-GUY P. et PASQUIER. — Cholédoco-duodénostomie pour angiocholite lithiasique coexistant avec une lithiase rénale infectée, anurie post-opératoire, guérison. Lyon Chir. 1946, 41, 2, 109-112.

- MALLET-GUY P., ROGET Cl., LODI R. et TAVARES P. — Les fistules cholécysto-cholédocienne (à propos de 40 observations personnelles). Lyon Chirg. 1960, T. 56, 2, 231-245.
- MAMMANA C.Z. — La cholédoco-duodénostomie papillaire. Technique personnelle. J. Internat. Coll. Surg. Juin 1954, 21, 6, 733-737.
- MAMMANA C.Z. — Le reflux dans l'anastomose bilio-digestive, comment l'éviter. J. Chir. 1955, 71, 4, 310-335.
- MANCUSO M., NAPOLITANO A. et DEL GRANDE G. (Rome). — La chirurgie de la dérivation bilio-digestive, en particulier en ce qui concerne ses indications et ses résultats immédiats et à distance. Ann. It. Chir. Vol. 34, 7, 433-470.
- MARION P. — La cholédoco-duodénostomie d'indication relative. Thèse Lyon, 1943.
- MEIER A.L. et SCHWERBURGER. — Indications et résultats de la cholédoco-duodénostomie. Helvetica chirurgica acta. Déc. 1959. Vol. 26, 5-6, 516-531.
- MENEULT J. (Rapport de MALLET-GUY P.). — Deux cas de cholédoco-duodénostomie pour lithiase de la voie biliaire principale. Lyon Chir. Janv.-Fév. 1946, 41, 106-108.
- MESTER Z. et EGRY. — Le drainage en chirurgie biliaire. Der Chirurg. Janv. 1961, 32, 1.
- MIRIZZI P.L. — Remarques sur le traitement des troubles fonctionnels de la voie biliaire principale par le drainage externe et les anastomoses. Mém. Acad. Chir. 1954, 80, 27-28, 761-765.
- MIRIZZI P.L. — La lithiase de la voie biliaire principale (à propos de 520 cas sous le contrôle de la cholangiographie opératoire). Mém. Acad. Chir. 1955, 81, 27-28, 834-842.
- MIRIZZI P.L. — Lithiase de la voie biliaire principale. Un volume. Masson, édit., Paris, 1957.
- MOLLOWITZ G. — Sur la suppression des anastomoses bilio-digestives. Bruns. Beih. zur Klin. Chir., 1954, 189, 3, 334-341.
- MORELLI L. et BALDRATI F. (Bologne). — Observation sur 50 cas de lithiase du cholédoque. Arch. Ital. Chir. 1957 80, 4, 258-276.

- MUSCROVE J.E., GRINDLAY J.H. et KARLSON A.G. — Reflux biliaire intestinal après anastomoses du cholédoque au duodénum ou au jéjunum. Arch. Surg. Mai 1952, 64, 5, 579-589.
- NAPOLITANO A. — Technique de dérivation cholédoco-duodénale à valvule. Annali Italiani Di Chirug. (Bologne), 38, 4, 3.
- NEFUSSY J. — Résultats fonctionnels éloignés de la cholédoco-duodénostomie d'indication relative. Lyon Chir. 1946, 41, 2, 120.
- NEIDARDT M. — L'angiocholite après cholédoco-duodénostomie. Zent. für Chir. (Leipzig). Août 1960, 85, 35, 1776-1781.
- OLIVIER Cl. — Chirurgie des voies biliaires extra et intra-hépatiques. Monographie chirurgicale. Masson, édit., 1961.
- PATEL J. et LATASTE J. — Le traitement chirurgical précoce des cholécystites aiguës lithiasiques. Journal Chir. Déc. 1959, 78, 5, 493-506.
- PEZCOLLIER A. (Trente). — Contribution à l'étude des anastomoses bilio-digestives. Archivio Italiano Delle Malad. Dell l'App. Dig. 1950, 16, 2, 123-133.
- PLENK A. et HARLT H. — Considération sur la cholédoco-duodénostomie supra-duodénale dans le traitement des calculs du cholédoque et de ses complications. Journal international Chirurgie. Sept-Oct. 1949, 9, 5, 421-435.
- POILLEUX F. — Traitement de la lithiase cholédocienne. Etat actuel de quelques chapitres de pathologie chirurgicale. Presse Méd. 22 Oct. 1947, 55, 62.
- POPOVICI L. — Sur les résultats immédiats et éloignés des divers procédés chirurgicaux dans les syndromes cholédociens et pseudo-cholédociens. Lyon Chir. Mai-Juin 1952, 47, 4, 400-412.
- PROSCHER H., REICHEL W. et HAGEL H. — Résultats éloignés de la cholédoco-duodénostomie. Zbl. Chir. 27 Août 1960, 85, 35, 1767-1772.
- QUENU J. — Lithiase et modes de drainage de la voie biliaire principale. Mém. Acad. Chir. 7 Nov. 1945, 71, 26-27-28, 403-405.

- RATHCKE L. — Contribution à la chirurgie biliaire. Zbl. fur Chir. 1954, 79, 16, 653-656.
- RATHCKE L. — La lithiase récidivante des voies biliaires et les anastomoses bilio-digestives. 1956, un volume, W. Mandrich., édité., Vienne.
- RAZEMON P., SALEMBIER Y., RIBET M. et FOVET A. — Anastomoses bilio-digestives dans la lithiase de la voie biliaire principale (26 observations). Arch. Mal. App. Dig. Déc. 1962, 52, 12, 1585-1588.
- ROMAN C. — A propos de deux cas de cholédoco-duodénostomie. Lyon Chir. Mars-Avril. 1946, 41, 2, 242-244.
- ROMAN C. — Deux cas d'occlusion aiguë du cholédoque. Cholédoco-duodénostomie. Lyon Chir. Mai-Juin 1947, 42, 3, 329-331.
- ROUX M. — Pathologie chirurgicale des voies biliaires extra-hépatiques. Un volume, Masson, édité., 1961.
- ROUX M., DUBOST Cl. et AUROUSSEAU R. — Laplace de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. Journal Chir. 1954, 70, 2, 122-139.
- SALA P. (de). — Cholédoco-duodénostomie avec suites opératoires compliquées. Bol. Inst. Pat. Méd. Janv. 1957, 12, 1-2, 27-29.
- SENEQUE J. — Les indications opératoires dans la lithiase du cholédoque. Mém. Acad. Chir. 11 Mars 1953, 79, 10-11-12, 259-263.
- SENEQUE J. et CHATELIN C. — Lithiase diffuse de la voie biliaire principale. Mém. Acad. Chir. 16 Mars 1960, 86, 10-11, 310-312.
- SENEQUE J. et PICARD. Suites éloignées d'une cholédoco-duodénostomie. Mém. Acad. Chir. Nov. 1946, 72, 29-30-31, 540-543.
- SENEQUE J. et ROUX. — Sur le traitement de la lithiase du cholédoque. Mém. Acad. Chir. 2 Mai 1945, 71, 13-14-15, 191-194.
- SOUPAULT R. — Etude de la cholédoco-duodénostomie par l'observation radioclinique. Mém. Acad. Chir. 1943, 69, 31-32, 573-575.
- SOUPAULT R. — Les anastomoses bilio-digestives et pancréato-digestives. Masson, édité., 1961.

- SOUPAULT R. et MALLET-GUY P. — Des anastomoses bilio-digestives. Résultats éloignés. Rapport au 48^e Congrès Français de Chirurgie, 1945.
- SOUPAULT R. et CHAMPEAU R. — Les indications opératoires dans la lithiase cholédocienne. Mém. Acad. Chir. 11 Mars 1953, 79, 10-11-12, 247-251.
- SPLANZER H. et STREN W. (Vienne). — Drainage par anastomoses des voies biliaires. Klinische Medizin. Nov. 1956. Vol. 11, 495-499.
- STARLINGER F. — A propos de la cholédoco-duodénostomie. Wiener Klinische Wochenschrift, 25 déc. 1953, 65, 52, 1039-1040.
- STARLINGER F. — Rapport sur les causes de décès consécutifs aux anastomoses bilio-intestinales chez les sujets atteints de lithiase du cholédoque. Wien. Klin. Wschr. 4 Oct. 1960, 72, 736-738.
- STEINER H. — Les résultats de la cholédoco-duodénostomie. Wien. Klin. Wschr. 15 Janv. 1960, 2, 32-33.
- STOCK F. et TURCKLER L. — La cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la cholangio-hépatite. Surg. Gyn. Obst. Nov. 1955, 101, 5, 599-606.
- TITZE. — Résultats de 80 cas d'anastomoses bilio-digestives. Bruns. Beitrage zur Klinischen Chirg., 1950, 180, 4, 544-557.
- TORRE P. — L'opération de Sasse reste une bonne opération. Arch. Hosp. Oct. 1960, 32, 10, 239-247.
- VALDONI. — La cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase du cholédoque. Scientia Med. ital. 1950, 1, 1, 84-92.
- VILLAR J., BIRBIS P. et LAMARCHE P. — Sur un cas de cholédoco-duodénostomie. J. Méd. Bordeaux. Avril 1957, 134, 4, 502-504.
- WALTER W. — Dyskinésie après cholécystectomie en rapport avec la pancréatite, la sphinctérite, et la lithiase du cholédoque. The J.A.M.A. 11 Fév. 1956, 160, 6, 425-431.
- WALTERSKIRCHEN M. La cholédoco-duodénostomie. Wien. Klinfl Wschr. 22 Déc. 1950, 62, 51, 966-969.

WASSNER U. Indications et tactique opératoire dans les ictères par rétention. Bruns. Bei. zur Klin. Chir. 1955, 190, 3, 375-384.

WEISS R. — La cholédoco-duodénostomie externe et ses résultats fonctionnels éloignés. Chirurg. Mai 1959, 30, 5, 227-231.

YAKOVLJEVITCH V. — Le drainage des voies biliaires. Mém. Acad. Chir. 18 Fév. 1948, 73, 5-6, 143-144.

YOVANOVITCH B. Y. — Traitement chirurgical de la lithiase de la voie biliaire principale (à propos de 69 cas). Acta. Chi. Belgica. Mai 1956, 55, 5, 421-431.

ZAGDOUN. — Une observation de lithiase cholédocienne guérie après anastomose cholédoco-duodénale. Réflexions sur quelques difficultés de la chirurgie biliaire. Mém. Acad. Chir. 18 Déc. 1946, 72, 34, 545.

ZASLOW et COUNSELLER. — Dérivation interne dans la lithiase de la voie biliaire principale. Surg. Gyn. Obst. 1946, 83, 428.

ZINNINGER M. — Quelques expériences sur l'anastomose de la voie biliaire principale et du duodénum, Surg. Mars 1948, 23, 3, 337-350.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
RAPPEL HISTORIQUE	17
CHAPITRE PREMIER. — La technique de cholédoco-duodénostomie utilisée	19
CHAPITRE II. — Nos Observations	23
CHAPITRE III. — Nos résultats	45
Résultats immédiats	45
Résultats tardifs	47
CHAPITRE IV. — Nos indications opératoires	53
CHAPITRE V. — Place réservée à la cholédoco-duodénostomie dans la statistique générale de chirurgie biliaire	59
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65
